

Aus dem Institut für Humangenetik in Marburg
Direktor: Prof. Dr. med. G. G. Wendt

ZUR SITUATION GEISTIG BEHINDERTER KINDER
UND IHRER FAMILIEN

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

INGRID VON PAWEL-RAMMINGEN

aus Berlin

Marburg 1976

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Aus dem Institut für Humangenetik in Marburg
Direktor: Prof. Dr. med. G. G. Wendt

ZUR SITUATION GEISTIG BEHINDERTER KINDER
UND IHRER FAMILIEN

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der

Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von



INGRID VON PAWEL-RAMMINGEN

aus Berlin

Marburg 1976

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der
Universität Marburg am 5.11.1976

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr. F. Neurath

Referent: Prof. Dr. G. G. Wendt

Correferent: Prof. Dr. H. Wolf

ZUR SITUATION GEISTIG BEHINDERTER KINDER
UND IHRER FAMILIEN

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. 1. Einleitung	1 - 2
2. Schwachsinn (Oligophrenie)	
a) Einteilung der Schweregrade des Schwachsinn	3 - 6
b) Ursachen des Schwachsinn	7 - 11
c) Diagnose des Schwachsinn	12 - 13
II. A. Geistige Behinderung	
1. Das Wesen der geistigen Behinderung	
a) Behindertengruppen	14 - 16
b) Erscheinungsbild geistiger Behinderung	17 - 18
2. Therapiemöglichkeiten geistiger Behinderung	
a) Prophylaxe	19 - 21
b) Therapie	21 - 22
3. Prognose geistig behinderter Kinder	23 - 24
4. Die Information der Eltern geistig behinderter Kinder	25 - 27
5. Ärztliche Betreuung geistig behinderter Kinder	27 - 29
6. Die Förderung geistig behinderter Kinder	29
a) Sonderkindergarten	29 - 30
b) Sonderschule und weiterführende Einrichtungen	30 - 33
c) Notwendigkeit spezieller Förderung:	
1. Sprache	34 - 36
2. Motorik	36 - 37
II. B. Darstellung der Eigenuntersuchungen an 50 geistig behinderten Kindern in Nordhessen	
1. Untersuchungsplan	38 - 41
2. Theoretische Darstellung der TBGB	42 - 47
3. Eigenergebnisse der TBGB an 50 geistig behinderten Kindern	48 - 60
4. Die Sozialeibilität geistig behinderter Kinder, dargestellt anhand der Vineland Social Maturity Scale (VSLM)	61 - 64

	Seite
5. Darstellung der individuellen Situation der Probanden	65 - 79
6. Zur Situation der Familien mit geistig behinderten Kindern	
a) Erfahrungen aus Gesprächen mit Eltern geistig behinderter Kinder	80 - 85
b) Auswertung der Fragebogen für Eltern	85 - 89
c) Das Verhältnis der Umwelt zum geistig behinderten Kind	90 - 92
III. Diskussion der Eigenergebnisse im Hinblick auf notwendige Verbesserungen in der Förderung geistig behinderter Kinder	93 - 99
Zusammenfassung	100 - 102
Literaturübersicht	103 - 106
IV. Anhang beim Verfasser	
Falldarstellung	
Testprofil	

I. 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit der Situation geistig behinderter Kinder und ihrer Familien im Raum Nordhessen (Stadt- und Landkreis Kassel) und wurde in Zusammenarbeit mit der Humangenetischen Beratungsstelle Marburg und der August-Fricke-Schule für Praktisch Bildbare in Kassel 1974 bis 1975 durchgeführt.

In der Bundesrepublik Deutschland leben nach Feststellungen des Statistischen Bundesamtes 358.000 behinderte Kinder, davon etwa 60.000 geistig behinderte Kinder. *) Geistige Behinderung ist ein Teilaspekt der Oligophrenie. Außer einer Reihe individualpsychologischer Besonderheiten umfaßt sie als Kernproblem mehr oder weniger stark ausgeprägte intellektuelle Mängel.

Es werden zunächst Klassifizierung und Ursachen der intellektuellen Unzulänglichkeit dargestellt mit dem Schwerpunkt der geistigen Behinderung von Kindern und Jugendlichen.

Weiterhin werden Durchführung und Ergebnisse der Eigenuntersuchung im nordhessischen Raum (Stadt- und Landkreis Kassel) an 50 geistig behinderten Kindern dargelegt und die Situation der Familien dieser geistig behinderten Kinder erörtert.

Schwerpunkte der Eigenuntersuchung sind:

1. Zeitpunkt der Diagnosestellung der geistigen Behinderung des Kindes
2. Information der Eltern
3. Durchgeführte oder unterlassene Untersuchung des geistig behinderten Kindes

*) Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt
Nr. 3, 101 vom 15. 1. 1976

4. Behandlung und Förderung des geistig behinderten Kindes
5. Einschulungsalter und Dauer des Schulbesuchs
6. Unterstützung der Familien und Zukunftspläne für das geistig behinderte Kind

Die Ergebnisse der Studie werden diskutiert im Hinblick auf die gegenwärtige Situation geistig behinderter Kinder und ihrer Familien. Notwendige Verbesserungen in der Behindertenhilfe werden erörtert.

I. 2. a) Einteilung der Schweregrade des Schwachsinnns
(Oligophrenie)

Die Oligophrenie, ein Syndrom komplexen Inhalts, ist die häufigste psychische Störung beim Kinde und Jugendlichen. Sie betrifft auf intellektuellem Gebiet das Fehlen oder die Herabsetzung der Lernfähigkeit, so daß sich die geistige Leistungsfähigkeit gar nicht oder verspätet entwickelt oder auf einer frühen Stufe stehenbleibt. Außer der Beurteilung und Klassifizierung der Intelligenz gibt es weitere Bezugssysteme, die für die Oligophrenie bedeutsam sind und eine komplexe Beurteilung der Störung der Gesamtpersönlichkeit ermöglichen. Dazu gehören die psychischen Funktionen des Sozialverhaltens, der charakterlichen Reifung (Bindungs- und Distanzfähigkeit), Antriebsverhalten, Selbständigkeit, Tüchtigkeit und Anpassungsmöglichkeit. Da eine sicher reproduzierbare Klassifikation aller angeführten Bezugssysteme der Persönlichkeit naturgemäß nicht möglich ist, erfolgt die Einteilung der Schweregrade der Oligophrenie allein nach dem Intelligenzquotienten. Der Intelligenzquotient ermöglicht keine mathematisch genaue Bestimmung der Intelligenz, die Werte schwanken von Test zu Test bis zu $\pm 15\%$ je nach Zeitpunkt der Erhebung, angewandtem Test und verschiedenen starken Störungen von Antrieb und Affektivität des Untersuchten. Nach dem Klassifizierungssystem der WHO wird unter den Diagnose-Nummern 310-315 die Einteilung der Schwachsinnnsgrade vorgenommen:

Nr. 314	IQ	20
313	IQ	20 - 35
312	IQ	36 - 51
311	IQ	52 - 67
310	IQ	68 - 85

und für insgesamt zehn Schwachsinnnsursachen angegeben (Diagnose-Nummern 0 - 9 im Handbuch der Internationalen Statistischen Klassifikation 1968).

Nach der üblichen Einteilung

Debilität
Imbezillität
Idiotie

liegen die IQ-Werte für Debilität zwischen 75 - 85, für Imbezillität zwischen 45 - 75 und für Idiotie unter 40.

Die Debilität ist die leichteste und häufigste Schwachsinnform. Kinder und Jugendliche mit mäßiggradigem intellektuellem Mangel sind fähig, in speziellen Schulen gefördert zu werden und später einfache berufliche Tätigkeiten auszuüben. Bei genügend affektiver Zuwendung der Familie und Umgebung sowie dem intellektuellen Leistungsbereich angemessener Förderung sind diese Kinder durchaus in der Lage, als Erwachsene selbständig und sozial integriert zu leben. Bei unterlassener oder verspätet einsetzender angemessener Förderung Debiler kommt es häufig zu Selbstunsicherheit, Aggressivität, Verwahrlosung und schließlich sozialer Isolation.

Die Imbezillität ist für die Umgebung des Betroffenen leichter zu erkennen als die Debilität, deshalb sind diese Kinder und Jugendlichen Überforderungen seltener ausgesetzt. Außer schweren Mängeln im Intelligenzgefüge, die einen Sonderschulbesuch nicht mehr ermöglichen, kommen häufig Störungen des Antriebs (Apathie oder übermäßige Betriebsamkeit) sowie affektive Störungen vor. Dadurch ist die begrenzte praktische Bildungsfähigkeit und spätere Arbeitsfähigkeit stärker beeinträchtigt als durch die Intelligenzschwäche.

Die Idiotie macht jegliche Schulung unmöglich. Lediglich Dressur und Gewöhnung lassen einfachste Verrichtungen des täglichen Lebens (Essen, Trinken, Anziehen) möglich werden. Die Zuwendung erfolgt überwiegend in Form optimaler affektiver Betreuung, wodurch sowohl Abstumpfung als auch Aggressivität des Patienten vermieden werden kann.

Die Einteilung in Debilität, Imbezillität und Idiotie ist nicht unwidersprochen geblieben, und es wurden weitere Klassifikationen entwickelt. Leichter Schwachsinn wird mit IQ-Werten zwischen 70 - 50 und schwerer Schwachsinn mit IQ-Werten unter 50 angegeben. Die Hauptkriterien für die Einteilung in zwei Gruppen sind die Beurteilung der Entwicklung des Sozialverhaltens und der Anpassungsfähigkeit als ausschlaggebend für die Integrierung in die Gesellschaft. Patienten, die nur begrenzt schulungsfähig, aber praktisch bildbar sind mit einem IQ zwischen 55 und 70 werden danach als subnormal bezeichnet. Patienten mit einem IQ unter 55 wurden nach der herkömmlichen Nomenklatur als schwer imbezill bzw. idiotisch, nach der zuletzt angeführten Klassifikation als schwer subnormal bezeichnet. Diese Einteilung basiert auf praktischen und statistischen Überlegungen: Bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Intelligenzquotienten können die Leistungen in den sogenannten lebenspraktischen Bereichen wie Tüchtigkeit und Selbständigkeit sowie in der sozialen Anpassung durchaus den Durchschnitt Gesunder erreichen, wobei anzunehmen ist, daß diese Kinder ihr intellektuelles Defizit durch optimale Förderung bei guter Anpassungsfähigkeit ausgleichen können. Andere Patienten erfahren mit den üblichen Testmethoden für Feststellung des Intelligenzquotienten eine niedrige Einstufung nicht wegen primär niedriger Intelligenz, sondern weil sie aufgrund äußerer Ursachen wenig oder gar nicht gefördert wurden. Auch bei verschieden hochgradig ausgeprägter Intelligenzschwäche gibt es partielle Begabungen, d. h., eine über das normale Maß hinausragende spezielle Fähigkeit, z. B. für Farbkombinationen, Musikalität, Zahlenerfassen oder Zeichnen. Die spezielle Förderung solcher bei Oligophrenen allerdings seltenen partiellen Fähigkeiten kann außer einer praktischen Bedeutung z. B. für den Lebensunterhalt zur Unabhängigkeit und damit zur Stärkung des Selbstbewußtseins des Patienten führen.

Nach dem Schweregrad der Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit werden schwachsinnige Kinder und Jugendliche heute aus schulorganisatorischen Gründen in zwei Gruppen eingeteilt:

1. Lernbehinderte mit einer leichten intellektuellen Unterentwicklung (IQ 80 - 60) und
2. Geistig Behinderte mit mittlerer und schwerer geistiger Entwicklungsstörung (IQ 60 - 20).

Dabei entspricht die Gruppe der Lernbehinderten nach der üblichen Einteilung des Schwachsinnns den Debilien, die in Schulen für lernbehinderte Schüler zu fördern sind.

Die zweite Gruppe der Geistig Behinderten entspricht nach dem Grad ihres intellektuellen Defizits der Imbezillität. Diese Kinder und Jugendlichen bedürfen zu ihrer Förderung besonderer Einrichtungen, um eine lebenspraktische Bildung zu erhalten. Die Zahlenangaben über die Häufigkeit der Oligophrenie in der Gesamtbevölkerung sind unterschiedlich:

Nach Harbauer sind etwa 5 % der Gesamtbevölkerung oligophren, Hanefeld und König geben die Oligophreniehäufigkeit mit 1-3 % an, wobei einheitlich die leichteren Schwachsinnnsformen überwiegen. Das Verhältnis Debile : Imbezille : Idioten ist nach Lewis 75 : 20 : 5 %. Verschuer (1959) schätzt für Deutschland 2 -3 % Debile und 0,75 % hochgradig Schwachsinnige.

Eine sichere Knabenwendigkeit ist nicht bekannt. Die Zahl der Schwachsinnigen in den einzelnen Altersgruppen ist unterschiedlich. Dies beruht in erster Linie auf diagnostischen Schwierigkeiten im Kleinkindesalter. Die überwiegende Zahl der Patienten mit Schwachsinn wird verlässlich im Schulalter diagnostiziert.

2. b) Ursachen des Schwachsinn

Das Erscheinungsbild des Schwachsinn ist sehr vielfältig. Es ist abhängig vom Schweregrad des intellektuellen Mangels sowie vom Alter des Patienten. Der Häufigkeitsspitzen der Erkrankung liegt im Kindes- und Jugendalter. Schwachsinn ist die Folge einer zu einem frühen Zeitpunkt eingetretenen Hirnschädigung. Je früher bei vergleichbar gründlicher Diagnostik ein Hirnschaden feststellbar ist, desto erheblicher ist im allgemeinen der Defekt und damit die Folgen für die intellektuelle Leistungsfähigkeit. Jenseits des Säuglings- und Kleinkindesalters manifest werdender Hirnschaden hat im Vergleich zu bereits bei der Geburt diagnostizierbarer Schädigung des Gehirns häufig ein geringeres Ausmaß, wobei für die Erkennung und Zuordnung erschwerend hinzukommt, daß Ursache und Ausmaß der hirnnorganischen Störung nicht identisch mit dem Erscheinungsbild und Ausmaß des resultierenden Schwachsinn sind. Über die Bedeutung und den Anteil der zahlreichen für die Hirnschädigung als ursächlich anzusehenden Noxen gehen die Angaben in der Literatur weit auseinander: Nach Noyes (1953) sind etwa 50 % aller Schwachsinnfälle hereditär, nach Lokay 68 % und nach Akeson (1961) und Böck (1953) bis 100 %. Penrose (1963) schätzt 29 % aller Schwachsinnformen als primär (genetisch), 9 % als sekundär (umweltbedingt) und 62 % als nicht eindeutig klassifizierbar ein.

Die genetisch bedingten Schwachsinnformen wurden unter anderem von Zerbini-Rudin (1967) anhand umfangreicher Familienstatistik untersucht. Dabei wurde festgestellt, „daß in der Verwandtschaft von schwer Schwachsinnigen häufiger schwer Schwachsinnige vorkommen als leichter Schwachsinnige“ und „daß im allgemeinen die Geschwister von schwachsinnigen Probanden einen IQ-Wert haben, der dem IQ-Durchschnitt der Eltern ähnlich ist oder von diesem in Richtung auf den Bevölkerungsmittelwert abweicht“. (Burt 1946). Zwillingsuntersuchungen (Kishimoto, Juda, Smith) wiesen eine hohe Konkordanz für Oligophrenie bei eineiigen Zwillingen nach.

Nach Bleuler haben schwachsinnige Eltern in 10 - 20 % wieder schwachsinnige Kinder, bei „endogenem“ Schwachsinn beider Ehepartner soll sich die Zahl der schwachsinnigen Kinder auf 90 % erhöhen. Hierüber sind die Zahlenangaben in der Literatur ebenfalls unterschiedlich.

Ein Teil der als unbekannt oder nicht klassifizierbar bezeichneten Schwachsinnsformen ist häufig leichter Art im Hinblick auf die Intelligenzminderung. In den letzten Jahren wurde den Faktoren der sozialen, kulturellen und psychologischen Förderung schwachsinniger Kinder und Jugendlicher vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet, ohne daß bis jetzt der Einfluß der Umwelt auf das Ausmaß des Intelligenzrückstandes sicher definierbar ist. So hat die Perinatal Mortality-Study in England die Bedeutung sozio-ökonomischer Faktoren für das Zustandekommen eines physischen oder mentalen Handicaps gezeigt. In einer 1969 vorgelegten Studie des amerikanischen Committee on Mental Retardation wird festgestellt, daß Kinder, die in ungünstigen sozio-ökonomischen Verhältnissen geboren werden und dort aufwachsen, ein fünfzehn mal größeres Risiko tragen, später als geistig retardiert zu gelten, als ihre Altersgefährten aus besseren sozialen Schichten. Weitere Aufschlüsse über die große Gruppe der Oligophrenien unklarer Genese (40-62 %) wird von der biochemischen und genetischen Forschung erhofft (Gelderen/Dooren 1963, Gericke 1964, Mex/Hirsch/Vogel 1963).

Nach den bisher bekannten ätiologischen Faktoren des Schwachsinns lassen sich chromosomal bedingte Oligophrenien, metabo-
lisch-genetisch bedingte Oligophrenien, erbliche Oligophrenien und „exogen“ verursachte Oligophrenien unterscheiden.

Zur Gruppe der Chromosomen-Aberrationen gehören die Trisomie 21 und zytogenetische Sonderformen (Mosaikbildung, Translokation), die Trisomie D₁ (Patau 1960) und die Trisomie 18 (Edwards 1960), Stückverlust (Cri du chat) oder Fehlen von Chromosomen (Letalfaktor) sowie Anomalien der Geschlechtschromosomen (16-17 %).

Metabolisch-genetische Störungen als Ursache der Oligophrenie sind bis jetzt erst zu einem geringen Prozentsatz bekannt. Nach Vermutungen von Garrod liegt genetisch bedingten Krankheiten ein spezifischer Stoffwechselblock zugrunde, den er 1923 als „Inborn errors of metabolism“ bezeichnete. Diese Hypothese der Enzymdefekte (völliges Fehlen, Strukturveränderung oder blockierte Funktion) wurde seitdem durch die biochemische Forschung bestätigt. Als Beispiele dienen die Phenylketonurie (Fölling 1934), die Ahornsirupkrankheit und die Galaktosämie als klinisch wichtig und therapierbar. Insgesamt sind bisher etwa 40 verschiedene Gen-loci als Ursache genetisch bedingter Schwachsinnformen bekannt, auf die ca. 0,4 % aller Oligophrenien zurückgeführt werden.

Tabelle I: Metabolisch-genetische Schwachsinnformen
(aus BICKEL/CLEVE 1967)

* Phenylketonurie	* Diabetes insipidus renalis
* Ahornsirupkrankheit	(*) Pseudohypoparathyreoidismus
Syndrom von SMITH u. STRANG	(*) Crigler-Najjar-Syndrom
* Hypervalinämie	Methämoglobinämie infolge
Hartnupsche Krankheit	Diaphorasemangel
Argininbernsteinsäure-	Glutathioninreduktasemangel
Schwachsinn	* Pyridoxinabhängigkeit
Zitrullinurie	Amaurotische Idiotien
(*) Hyperammonämie	(Gangliosidosen)
Hyperlysinämie	Niemann-Picksche Krankheit
(*) Glykokollkrankheit	(Sphingomyelinosen)
Hypersarkosinämie	Mukopolysaccharidosen
Zystathioninurie	Morbus Gaucher (Zerebro-
Homozystinurie	sidosen)
* Methioninmalabsorption	Metachromatische Leuko-
Hyperprolinämie	dystrophie (Sulfatidosen)
Oxyprolinämie	T-Substanz-Anomalie
Histidinämie	Lahey-Bray-Syndrom
Formiminotransferase-Mangel	Sidbury-Harlan-Wittels-Syndrom
Tryptophanabbaustörung mit	Hydroxykynureninurie
Autismus	Abetalipoproteinämie
Indolylakrolyglyzinurie	
* Galaktosämie	* = therapeutisch beein-
(*) Lowe-Syndrom	flußbar
* Idiopathische Hypoglykämie	(*) = begrenzt wirksame
* Wilsonsche Krankheit	symptomatische Therapie

Weitere 0,5 % genetisch determinierter Oligophrenien bisher ohne erkennbare Stoffwechseldefekte werden vermutet (z. B. Epilepsie, Diplegie, Mikrocephalie u. a.). Die größte Gruppe bekannter Ursachen geistiger Störungen sind die sogenannten "exogen" verursachten Oligophrenien nach dem Zeitpunkt ihrer vermutlichen Entstehung in prä-, peri- und postnatal eingeteilt. Je früher in der Embryonalperiode eine Noxe in der Entwicklung befindliche Körperzellen trifft, desto schwerer ist in der Regel der resultierende Schaden: z. B. ionisierende Strahlen, Medikamente, Chemikalien, Genußmittel, Infektionen (Rötelnembryopathie) u. a. Zu den perinatalen Störungen als Ursache für Hirnschädigung verschiedenen Grades gehören Frühgeburt, small for dates, Übertragung, Diabetes mellitus der Mutter, Geburtskomplikationen (Vakuum- oder Zangenentbindung), Asphyxie, Atemnotsyndrom, Hyperbilirubinämie u. a. Allerdings müssen anamnestische Angaben über Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen nicht gleichbedeutend mit der Art und Schwere einer späteren geistigen Behinderung sein. Jellinger (1972) fand in 49,6 % untersuchter Patienten anamnestische Hinweise auf das Vorliegen einer perinatalen Hirnschädigung. Jedoch nur in 14,1 % dieser Fälle wurde bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung der beweisende Zusammenhang in Form entsprechender morphologischer Veränderungen gefunden. Nach Schätzungen von Crome (1972) leiden 5 - 10 % geistig schwer behinderter Patienten an den Folgen einer perinatalen Schädigung.

Tabelle II: Ätiologische Faktoren der Oligophrenie

	Hanefeld u. König (1973) n = 414	Angeli u. Kirman (1972) n = 645	Moser et al. (1971) n = 1359
perinatale Störungen	22	17	18
Chromosomen-Aberrationen	13	17	19
metabolische Störungen	4	3	3
andere genet. Störungen	6	1	2
Infektionen des ZNS	8	7	6
Mißbildungen	6	3	10
Traumen, Intoxikationen u.a.	1	1	2
unklare Ursache	40	51	40
Summe	100 %	100 %	100 %

Später auftretende Hirnschäden können durch Infektionen (Meningo-Encephalitis), allergische Reaktionen, Traumen oder Intoxikationen bedingt sein. Trotz sorgfältiger Untersuchung mit allen in Frage kommenden klinischen Hilfsmethoden bleiben noch etwa die Hälfte aller Schwachsinnfälle bei Kindern und Jugendlichen ätiologisch unklar und damit auch einer kausalen Therapie unzugänglich.

2. c) Die Diagnose des Schwachsinnns

Nach den oben angeführten polyätiologischen Faktoren des Schwachsinnns ist die Diagnostik schwierig und umfangreich. Das Ziel ist die möglichst genaue Klärung des Tatbestandes, d. h., die Bestimmung des Schweregrades der Oligophrenie. Dazu gehören ausführliche anamnestische Erhebungen sowie in besonders gelagerten Fällen die Familienuntersuchung und die Berücksichtigung des sozialen Milieus.

Bei der körperlichen Untersuchung des Patienten fallen Veränderungen wie Kiefer-Lippen-Gaumenspalten, Herzfehler, Katarakt, Klumpfuß, Myelomeningocelen, Mikro- oder Anencephalie u. a. auf. Auch Besonderheiten im Aspekt des Kindes lassen an die Zuordnung zu bestimmten Krankheitsbildern denken (Mongolismus). An Untersuchungsmöglichkeiten stehen zahlreiche mehr oder weniger eingreifende und aufwendige Methoden zur Verfügung: serologische Untersuchung, Stoffwechselteste, genetische Untersuchungen, Röntgen, Szintigraphie, Elektroencephalogramm, Echoencephalogramm, Pneumencephalogramm, Seh- und Hörprüfungen u. a.

Die somatischen Untersuchungsbefunde werden ergänzt durch die Psychodiagnostik: psychologische Tests, Intelligenztests (HAWIK, Kramer), visuumotorische Tests, projektive Testverfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik, Zeichentest, Spieltest (Sceno), Kleinkindentwicklungstest (Bühler-Hetzer 1953), Testbatterie für geistig Behinderte (Bondy).

In bezug auf die Klassifikation des Schwachsinnnsgrades ist von den angegebenen Testverfahren der ermittelte IQ noch immer als Hauptkriterium anzusehen. Auch bei Anwendung mehrerer Testverfahren (HAWIK für Lernbehinderte, Kramer, Bobertag-Norden, Horn, Raven) ergeben sich daraus lediglich Vermutungen und noch keine Wahrscheinlichkeitsaussagen über die Größe des Intelligenzdefizits. Erschwerend kommt hinzu, daß bei jungen Kindern eine Reihe von Testuntersuchungen noch nicht durchführbar ist bzw. zunächst nur auf sensomotorischen Funktionen basiert.

Mit der Entwicklung der Sprach- und Verständnisfähigkeit des Kindes sind weitere Vermutungen über die Entwicklungsmöglichkeit der intellektuellen Leistung anzustellen. Es ist nicht möglich, aus dem Ergebnis des kindlichen Intelligenzquotienten auf die späteren geistigen Fähigkeiten zu schließen, da außer der genetischen Anlage eine Vielzahl anderer Komponenten wie Motivation, Antrieb, erarbeitete Kenntnisse zum Versuchszeitpunkt und kenntnisfördernde Leistungen aus Schule und Familie die intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinflussen. Nach Clark u. Clark ist eine Zunahme von etwa 10 IQ-Punkten vom 6. bis 18. Lebensjahr zu erwarten. Der ständige Wandel der Intelligenz in dieser Entwicklungsperiode Schwachsinniger ist abhängig von der Förderung und Betreuung durch ihre Umwelt, d. h., das Ergebnis der intellektuellen Entwicklung eines zweijährigen Kindes ist nicht vorhersehbar. Der Wert einer Vorhersage über die vermutete weitere Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit wird außerdem durch die zum Teil lange Latenz zwischen Hirnschädigung und klinischer Manifestation eingeschränkt, andererseits verfügt das kindliche Gehirn über ein hohes Maß an Kompensationsfähigkeit.

Auch unter Berücksichtigung der erheblichen Schwierigkeiten bei der Diagnostik des Syndroms Schwachsinn bei Kindern ist die frühe Entdeckung und größtmögliche Korrektur der geistigen Störung im frühen Kindesalter anzustreben, da schon minimale unkorrigierte Hirnschäden schwerwiegende Auswirkungen auf die Lernfähigkeit im Vorschul- und Schulalter haben. Daß bei etwa 50 % (in der Literatur 40-62 %) der oligophrenen Kinder und Jugendlichen trotz der oben angeführten Untersuchungen keine kausale Genese feststellbar ist, wurde bereits erwähnt.

II. A. 1. Das Wesen der geistigen Behinderung

a) Behindertengruppen

Ein Teil der Gesamtbevölkerung eines Landes ist als behindert anzusehen, die Angaben über den prozentualen Anteil an der Gesamtpopulation sind uneinheitlich. Vor allem Definitionsprobleme und Zuordnung bestimmter Erkrankungen zu den verschiedenen Altersstufen erschweren genaue Aussagen. Specht (1968) unterscheidet zwischen „Leistungsbehinderten“, deren Leistungsfähigkeit schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt (zum Teil pränatal) geschädigt wurde und „Leistungsgeminderten“, d. h., vor einem eingetretenen Schaden voll Leistungsfähige. v. Bracken (1968) definiert Behinderung wie folgt: „Kinder und Jugendliche, die in allgemeinen Schulen nicht genügend gefördert werden können, weil sie an Schwäche der Intelligenz, der Lese- und Rechtschreibfähigkeit, an Mängeln der Sprache, der Motorik und der Sinnesorgane oder schließlich an Störungen des Verhaltens und der Psychodynamik leiden.“

Tabelle III:

Art und prozentualer Anteil
der Behinderung bei Kindern
(nach von Bracken, 1966)

lernbehindert	52 %
erziehungsschwierig	17 %
sprachbehindert	13 %
körperbehindert	4,3 %
hörgeschädigt	2,2 %
gehörlos	0,8 %
sehbehindert	0,9 %
blind	0,2 %

Diese vorwiegend pädagogisch orientierte Definition steht in Übereinstimmung mit der Begriffsbestimmung des Bundes-sozialhilfegesetzes § 39 Abs. 1, das fünf Behinderten-gruppen unterscheidet:

1. Körperbehinderte
2. Sehbehinderte
3. Blinde
4. Hörbehinderte
5. „Personen, die durch Schwäche ihrer geistigen Kräfte wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind: Dies sind Personen, die infolge der Schwäche der geistigen Kräfte am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben nicht oder nur unzureichend teilnehmen können“.

Amtliche Statistiken über die Gesamtzahl Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland sprechen von 358.000 behinderten Kindern, von denen etwa 60.000 geistig behindert sind. Aus der Häufigkeit der einzelnen Behinderungen im Kindesalter ergibt sich, daß etwa jedes 15. bis 16. Kind mit leichteren oder schwereren Behinderungen lebt, und daß etwa 6.000 geistig behinderte Kinder jährlich in der Bundesrepublik geboren werden. Es hat sich aus schulischen Gründen als zweckmäßig erwiesen, Kinder und Jugendliche mit eingeschränkter geistiger Leistungsfähigkeit abweichend von der üblichen Einteilung in Debile (IQ 75-85), Imbezille (IQ 45-75) und Idioten (IQ unter 40) in Lernbehinderte (IQ 90-70) und geistig Behinderte (IQ unter 69) einzuteilen. Eine weitere Gruppe ist die der normintelligenten, aber verhaltensgestörten Kinder.

Tabelle IV:

Lernbehinderte	4,0 %	(IQ < 90-70
Verhaltensgestörte	1,0 %	normintell.
Geistigbehinderte	0,6 %	IQ < 69)
Sprachbehinderte	0,5 %	
Körperbehinderte	0,2 %	
Schwerhörige	0,18 %	
Sehbehinderte	0,10 %	
Gehörlose	0,05 %	
Blinde	0,015 %	= ~ 6 1/2 %

Mittelwerte sonderschulbedürftiger, bezogen auf die Gesamtzahl der vollzeitschulpflichtigen Kinder (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der BRD, 1972).

Aus der oben angeführten Tabelle ergibt sich bei einer geschätzten Gesamtzahl von 6,5 - 8 % behinderter Kinder ein Anteil von 0,6 % Geistigbehinderter, auf die sich das Hauptaugenmerk dieser Studie richtet.

b) Erscheinungsbild geistiger Behinderung

Die Besonderheit der geistigen Behinderung des Kindes liegt darin, daß ein pathogener Einfluß zu einem frühen Zeitpunkt auf einen sich entwickelnden Organismus und je nach Ätiologie speziell auf eine sich entwickelnde Hirnstruktur trifft.

Aus dieser Erkenntnis wird ersichtlich, daß es eine isolierte geistige Behinderung wahrscheinlich kaum gibt, sondern daß es sich wesentlich häufiger um Mehrfachbehinderungen handelt. Da die Wertigkeit der einzelnen Faktoren für die Leistungsfähigkeit des Behinderten schwer festzustellen und abzuschätzen ist, erfolgt die Klassifizierung in erster Linie nach wie vor nach dem Schweregrad der geistigen Behinderung, obwohl sich die meisten Experten darüber einig sind, daß es den isoliert „Geistigbehinderten“ nicht gibt.

Was bedeutet der Begriff „Mehrfachbehinderung“?

Zitat: „Die Mehrfachbehinderung besteht nicht nur aus mehreren einzelnen Behinderungen, die eben nun einmal da sind und lediglich in ihrer Summierung das Leben des Behinderten beeinträchtigen. Sie bilden vielmehr eine spezifische Ganzheit, die auf eine spezifische Weise die Persönlichkeit des behinderten Menschen beeinflußt. Diese Einwirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit weisen bestimmte Gesetzmäßigkeiten auf, die unter anderem von den Beziehungen zwischen den einzelnen Behinderungen abhängen“ zitiert nach Buchka, Köln.

Bei eingehender körperlicher und psychodiagnostischer Untersuchung ist damit zu rechnen, daß in einem hohen Prozentsatz Geistigbehinderte relevante weitere Behinderungsmerkmale aufweisen. Nach Kirmann findet man vergesellschaftet mit geistiger Behinderung bei Kindern und Jugendlichen weitere Handicaps wie Augen- und Ohrdefekte, Gaumenspalten, Spina bifida und cerebrale Lähmungen. Buchka fand bei 100 geistig behinderten Kindern im Alter von 6,5 bis 16 Jahren in 94 % eine Mehrfachbehinderung, und zwar nach der Häufigkeit Sprachstörungen,

Körperbehinderungen, Sehstörungen, Milieuschäden!,
Hörstörungen, Autismus und Anfallsleiden.

Tabelle V:

Behinderungen	Fischer	Sondersorge	Buchka
festgestellte Mehrfachbehinderung	92 %	92 %	94 %
Sprachbehinderungen	78 %	78 %	74 %
Körperbehinderungen	27 %	ca. 25 %	34 %
Sehstörungen	18 %	18 %	30 %
Milieuschäden	20 %	20 %	22 %
Hörstörungen	-	-	15 %
Autismus	-	-	3 %
Anfallsleiden	-	-	7 %

Nach der Zahl der Behinderungen ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung: in 6 % Einfachbehinderung (geistige Behinderung), in 36 % Zweifachbehinderung, Dreifachbehinderungen ebenfalls 36 %, in 21 % Vierfachbehinderungen und in 1 % Fünffachbehinderungen. Auch Fischer (1969) und Sondersorge (1967) fanden in 92 % aufgrund ihrer Erhebungen Mehrfachbehinderungs-Kombinationen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Bemerkenswert ist bei der Untersuchung von Buchka der hohe Anteil von Milieuschäden (22 %), der darauf zurückgeführt wird, daß die betreffenden Kinder zu einem hohen Prozentsatz aus sogenannten "milieuschwachen" Familien kamen, worauf noch einzugehen sein wird.

II. 2. Prophylaxe und Therapie geistiger Behinderung

Die kausale Therapie bereits eingetretener und manifester Hirnschäden ist bis heute nicht möglich. Daher konzentriert sich das Interesse auf die Prophylaxe der Hirnschäden bekannter Ätiologie und auf die Erforschung weiterer kausaler Faktoren.

a) Prophylaxe

Wenn sich aus der Familienanamnese eines Ehepaares mit Kinderwunsch der Anhalt für eventuell vorliegende Erbkrankheiten ergibt, ist die Inanspruchnahme genetischer Untersuchung und Beratung angezeigt. "Wenn die moderne Humangenetik ihr wichtigstes Ziel erreicht, die Zeugung erbkranker Kinder heute, soweit das überhaupt möglich ist, einzuschränken, dann wird ein solcher Erfolg natürlich zugleich von Bedeutung für die Erbgesundheit künftiger Generationen sein. Wenn eine intensiv populär gemachte genetische Beratung dazu führt, daß immer mehr Menschen vor der Zeugung von Kindern nach dem Risiko fragen, dann läßt sich der Eintritt solcher Risiko-Schwangerschaften in manchen Fällen verhindern." (Wendt 1973.)

Bei bestimmten Indikationen ist aus dem Fruchtwasser die frühzeitige Diagnose einer Chromosomenanomalie oder biochemischer Defekte in den Zellen des Embryo zu stellen (Amniozentese) mit der Möglichkeit der Schwangerschaftsunterbrechung "wenn beim Neugeborenen eine schwere, individuell nicht heilbare Erbkrankheit vorliegt oder ein erhebliches, der Mutter nicht zumutbares Risiko für das Auftreten einer schweren, nicht heilbaren Erbkrankheit besteht." (Wendt 1973.)

Ein Teil metabolisch-genetischer Defekte ist bei frühzeitiger Diagnosestellung durch entsprechende Diät zu bessern, so wird der progredient verlaufende Schwachsinn bei der Phenylketonurie durch phenylalaninfreie Diät von Geburt an im Intelligenzquotienten um 18,8 Punkte verbessert (Bickel/Grüter 1960). Weitere Beispiele sind Galaktosämie, idiopathische Hypoglykämie und Morbus Wilson.

Andere intrauterin eingetretene Hirnschädigungen können auf Infektionen in der Embryonalperiode (Röteln und andere Virusinfektionen) und in der Fetalzeit (Toxoplasmose und Listeriose) zurückzuführen sein. Entsprechende Impfungen junger Mädchen vor Eintritt der Gravidität können zum Beispiel die Röteln-Embryopathie beim Kind verhindern, vermutlich trifft das auch für Masern und Polio zu.

Die Vorsorge gilt außer Infektionen in der Gravidität anderen exogenen Noxen wie ionisierenden Strahlen, Medikamenten, Nikotin, Alkohol u. a., deren Vermeidung Schwangeren dringend zu raten ist. Es ist heute selbstverständlich, daß optimale Schwangerschaftsbetreuung, Geburtsleitung und postnatale Versorgung des Neugeborenen in der Lage sind, Risiken zu verhüten. Als Beispiele sind die Überwachung diabetischer und durch Gestosen gefährdeter Mütter zu nennen, Lageanomalien, Früh- oder Mehrlingsgeburten, Blutgruppenunverträglichkeiten und rechtzeitige Blutaustauschtransfusionen. Die Entbindung sollte beim Vorliegen von Risikofaktoren für Mutter und Kind ausschließlich in speziell dafür eingerichteten geburtshilflichen Kliniken mit der Möglichkeit der Betreuung durch Spezialisten erfolgen.

Die Prophylaxe geistiger Behinderung nach der Geburt kann nicht mehr kausal sein, sondern liegt in der Vorsorge, d. h., in möglichst frühzeitigem Erkennen manifest werdenden Hirnschadens. Besonders Kinder, die prä-, peri- oder postnatal ein besonderes Risiko für ihre weitere Entwicklung aufweisen,

(Risikokinder, high risk) bedürfen regelmäßiger Überwachung, damit spezifische Behinderungen erkannt, richtig beurteilt und für angemessene Förderung gesorgt werden kann. Weitere prophylaktische Möglichkeiten zur Verhinderung von mentaler Behinderung können sich aus der bekannten Tatsache ergeben, daß Kinder aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen überdurchschnittlich häufig geistig retardiert sind. Diese „milieugeschädigten“ Kinder stammen aus „sozial schlecht angepaßten“ oder „asozialen Großfamilien“. Da aber nach den Erfahrungen aus der nationalsozialistischen Ära möglichst jeder Zwang von außen auf „leistungsschwache, lebensuntüchtige oder intelligenzarme Familien“ (Wendt) zu vermeiden ist, bleibt dieses große Problem dem Einsatz und der Initiative der Gesellschaft überlassen. Bis jetzt gibt es auch in anderen Ländern noch keine realistischen Alternativen, von Aufklärung, kostenloser Empfängnisverhütung, freiwilliger Sterilisation abgesehen, die gerade in dieser Bevölkerungsgruppe schwer zu realisieren sind.

b) Therapie geistiger Behinderungen

Die Erfahrung zeigt, daß wirksame Prophylaxe geistige Behinderungen verhindern kann, während es keine kausale Therapie manifester geistiger Behinderung gibt. Im Vordergrund steht die Notwendigkeit der Früherkennung geistiger Behinderung, da unerkannte minimale Hirnschäden später schwerwiegende Auswirkungen auf die mentale Entwicklung des Kindes haben können. In den meisten Fällen wird die Diagnose zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr gestellt, und zwar umso früher, je schwerer die geistige Behinderung ausgeprägt ist, vor allem, wenn sie mit weiteren Anomalien verbunden ist. Benachteiligt sind nach den Erhebungen von W. Kuntze Kinder aus ländlichen Gebieten, Kinder aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen. Für beide Gruppen gilt die Forderung nach verbesserter Information über Förderungsmaßnahmen.

Ein großer Teil geistig behinderter Kinder weist Mehrfachbehinderungen auf, zum Beispiel Sprachstörungen, Körperbehinderungen, Sehstörungen, Hörstörungen, Anfallsleiden u. a. Die frühzeitige Korrektur dieser zusätzlichen Defekte ist dringend, da die bestehende geistige Behinderung zum Beispiel durch vermindertes Seh- oder Hörvermögen verstärkt wird. Andere Defekte wie Hydrocephalus, Myelomeningocele oder Kiefer-Lippen-Gaumenspalten sind operativ mit gutem funktionellem und kosmetischem Ergebnis korrigierbar.

Es gibt bis heute keine medikamentöse Therapie, die zerstörte oder nicht vorhandene Intelligenzfunktionen ersetzen kann. Die von den Eltern oft erwähnte Frischzelltherapie konnte in Analysen an Geistigbehinderten, Epileptikern, Mongoloiden und Verhaltensgestörten keinen nachweisbaren Erfolg zeigen. In der Beratung sollten Eltern geistig behinderter Kinder vor falschen Hoffnungen und unnötigen, meist hohen finanziellen Aufwendungen geschützt werden. Andere Medikamente sind dagegen erfolgreich in der Therapie zusätzlicher Defekte, zum Beispiel antiepileptische Präparate, Hormone zur Substitution bei Schilddrüsen-Unterfunktion, stimulierende Pharmaka bei Antriebsstörungen und dämpfende Psychopharmaka bei erethischen Kindern. Hier können diese Präparate geradezu die Voraussetzung sein, affektive Störungen so zu beherrschen, daß eine Führung des Kindes möglich wird.

Weitere therapeutische Möglichkeiten liegen in der Anwendung von Spezialnahrungen bei speziellen Stoffwechseldefekten (Phenylketonurie, Galaktosämie).

Die Notwendigkeit ärztlicher Untersuchung und Beratung geistig behinderter Kinder mit dem Ziel, möglichst alle korrigierbaren Defekte zu beseitigen, ist unumstritten. Voraussetzung ist die Teamarbeit entsprechender Spezialisten sowie Beratung und Führung der Eltern, um den zeitlichen und inhaltlichen Ablauf von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu koordinieren.

3. Die Prognose geistig behinderter Kinder

Mit der Diagnose "geistige Behinderung" ist häufig auch die Prognose zu stellen: Man kann bei schweren Störungen der Intelligenz nicht erwarten, daß spontan oder medikamentös eine grundsätzliche Änderung eintritt und die geistige Entwicklung des Kindes lediglich verzögert abläuft, aber mit normaler Intelligenz endet. Tatsächlich entwickelt sich die Intelligenz verlangsamt und ihre Entwicklung hört auf unterschiedlich niedriger Stufe völlig auf. Die Entwicklung des Sozialverhaltens und die Anpassung an die Umwelt sind dagegen weitgehend vom Milieu, in dem das Kind lebt, abhängig. Der hohe Anteil von Milieuschäden (20-22 %) bei mehrfach behinderten Kindern zeigt, welchen gravierenden Einfluß die Umwelt auf die Entwicklung des Kindes hat. Ein geordnetes und psychisch gesundes Elternhaus bietet diesen Kindern noch die besten Entwicklungsmöglichkeiten. Soweit irgend möglich, sollten geistig behinderte Kinder in den Familien aufwachsen und gefördert werden. Lediglich physische oder psychische Krankheiten der Mutter, sehr große Kinderzahl, schlechteste sozio-ökonomische Verhältnisse oder Gefährdung des Kindes durch schwere Verhaltensstörungen sollten eine Heimunterbringung veranlassen. Wenn die Förderung im häuslichen Milieu aus einem der genannten Gründe nicht möglich ist, sind kleine Gruppen von Kindern nach der Art der "Family-care-Verfahren" zu bevorzugen, um den sozialen Reifungsprozeß besser zu bewältigen.

Konzentrations- und Kontaktfähigkeit, Sprachentwicklung und persönliche Unabhängigkeit durch Förderung der motorischen Fähigkeiten sind in der Familie bzw. in kleinen familienähnlichen Gruppen am besten zu fördern. Es ist für die Eltern wichtig zu wissen, daß geistig behinderte Kinder emotional ansprechbar sind, sie empfinden Liebe und Fürsorge ebenso wie Ablehnung und Kränkung. Begriffsinhalte wie Selbständigkeit, Tüchtigkeit und Anpassung sind definierbar, aber eine Wahrscheinlichkeitsaussage über ihren Erwerb ist für geistig behinderte Kinder schwierig, da Intensität und Qualität der Förderung kaum vergleichbar sind.

Daher ist die Höhe des Intelligenzquotienten nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit praktischer Lebensbewährung: Bis zu einem IQ von 50 ist mit einer Zunahme lebenspraktischer Leistung zu rechnen, darüber hinaus nehmen diese Fähigkeiten mit steigendem IQ nicht mehr zu. Das kindliche Gehirn verfügt über ein hohes Maß an Kompensationsfähigkeit, d. h., intaktes Hirngewebe vermag stellvertretend Aufgaben zerstörter oder geschädigter Zentren zu übernehmen. So werden Lernerfahrungen durch gezieltes Training gewonnen, neue Verbindungen geknüpft und durch Wiederholung stabilisiert.

Nachdem zunächst die Schwere der geistigen Behinderung möglichst genau geklärt wurde, ist mit den Eltern die Prognose nicht nur in bezug auf den gegenwärtigen Entwicklungsstand des Kindes zu erörtern, sondern es sind die Möglichkeiten der Weiterentwicklung der sensomotorischen Fähigkeiten wie Fortbewegung, Geschicklichkeit und Sprechmotorik und damit die Förderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu besprechen.

Therapeutischer Nihilismus bei mehrfach behinderten Kindern ist ebensowenig angebracht wie das Erwecken unrealistischer Hoffnungen bei den Eltern. Die Schlüsselfunktion der Eltern vor allem für die Sozialprognose geistig behinderter Kinder kann nicht stark genug betont werden.

4. Die Information der Eltern geistig behinderter Kinder

Die Information der Eltern über die geistige Behinderung ihres Kindes, über Ursache, Ausmaß und Prognose sollte so früh und so wahrheitsgemäß wie möglich erfolgen. Aus der Literatur und den eigenen Untersuchungen geht hervor, daß die Eltern oft mit der Mitteilung über die geistige Behinderung des Kindes unzufrieden waren: Kinder werden als Spätentwickler oder Phlegmatiker angesehen und die Eltern auf spätere spontane Intelligenzentwicklung vertröstet. Dabei sind Offenheit und Ehrlichkeit dringend notwendig und die Basis jeder Elternberatung.

Die Prognose vor allem im Hinblick auf die soziale Entwicklung des Kindes hängt entscheidend vom Engagement gut informierter Eltern ab. Es ist daher nicht vertretbar, über unkorrigierbare Behinderungen hinwegzutrusten, sondern es muß frühzeitig in Zusammenarbeit mit entsprechenden Spezialisten ein Therapieplan zur Förderung des meist mehrfach behinderten Kindes aufgestellt werden. Die erste Information sollte realistisch, aber schonend sein, sie löst meist starke Emotionen bei den Eltern aus, da Hoffnungen und Wünsche für dieses Kind zunichte gemacht werden. Bei der Verarbeitung der Erkenntnis, daß ihr Kind "nicht normal" ist, benötigen die Eltern neben einer umfassenden medizinischen Behandlung des Kindes menschliche Anteilnahme und fachgerechte Beratung. Ohne regelmäßige Betreuung werden Eltern geistig behinderter Kinder unsicher, mutlos und beenden begonnene Behandlungen. Sie fühlen sich verlassen und empfinden ihr Kind als von der Gesellschaft verstoßen. Matthiass bezeichnet die Eltern als die wichtigsten Mitarbeiter und Verbündeten des Arztes.

Fast ein Viertel der Befragten waren der Meinung, daß sich "keiner richtig um Behinderte kümmert", vor allem finanzielle Unterstützung und die Beschaffung größerer Wohnungen standen im Vordergrund. Mehreren Eltern war im ersten informativen Gespräch die sofortige Heimunterbringung ihres behinderten Kindes empfohlen worden, da "sowieso mit diesem Kind nichts zu machen ist".

Abgesehen von der bekannten Tatsache, daß die Heimunterbringung geistig behinderter Kinder, von wenigen Ausnahmen abgesehen, der schlechteste Weg ist, erscheint es taktlos und voreilig, den Eltern nichts weiter als therapeutischen Nihilismus anzubieten. Vor allem bei der häufigsten Form leichter geistiger Behinderung ist die Prognose nicht aussichtslos: Es besteht eine große Spannbreite schulischen und sozialen Erfolges, vermutlich begründet in der Bedeutung des Kindes für die Familie und die daraus resultierende Förderung.

Die Behandlungsmöglichkeiten und Aussichten sind mit den Eltern zu erörtern und möglichst in Gruppen gleichartig behinderter Kinder Therapieprogramme aufzustellen und durchzuführen. Soweit bekannt, ist den Eltern auch die Ursache der geistigen Behinderung mitzuteilen, um Sorgen für die Gesundheit weiterer Kinder, Ängste und vorhandene Schuldgefühle abzubauen. Verlassenheits- oder Isoliertheitsängsten ist am besten in der Gruppe zu begegnen, hier lernen Eltern auch negative Reaktionen der Umwelt zu ertragen und die Behinderung ihres Kindes realistisch einzuschätzen.

Der Zeitpunkt der Erstinformation über die geistige Behinderung ist unterschiedlich: Nur schwere Defekte sind früh zu erkennen, die leichteren Formen intellektueller Mängel werden oft erst spät, zum Beispiel vor oder nach der Einschulung erkannt. Damit wird ein wesentlicher Zeitraum für die Förderung des Kindes in intellektueller und lebenspraktischer Hinsicht versäumt. Die lebenspraktische Bildung geistig behinderter Kinder „strebt die Bereitstellung von guten Gewohnheiten an, pflegt die Arbeitstugenden, erschließt Verständnis und Einsicht für die Notwendigkeit des Tagesablaufes und versucht, Gewohnheiten im Hinblick auf Ordnung, Sauberkeit und Sorgfalt aufzubauen“ (Th. Vetter).

Die ärztliche Diagnose und Prognose wird von den Eltern häufig angezweifelt, denn „eine der schwierigsten Aufgaben für die Eltern ist es, sich an realistische Erwartungen in bezug auf Leistungs- und Bildungsfähigkeit ihres behinderten Kindes zu halten“ (A. Ross 1967).

Sowohl zu hohe Leistungsanforderungen als auch übergroße Schonung geistig behinderter Kinder können Selbständigkeit und Leistung im Rahmen des Möglichen verhindern.

Für die Eltern geistig behinderter Kinder besteht die Gefahr der Isolation, sie kapseln sich von der Umwelt ab, da sie Mitleid und Kränkung fürchten. Dies gilt besonders für Familien in ländlichen Gebieten und mit niedrigem sozialem Status. Gerade diese Familien benötigen konkrete Ratschläge und Hilfe für das behinderte Kind, um die Anpassung des Kindes an die Welt der Gesunden und seine soziale Integration zu erreichen.

5. Ärztliche Betreuung geistig behinderter Kinder

„Geistig behinderte oder körperlich mißgebildete Kinder haben gemeinsam, daß es sich um irreparable geistige oder körperliche Defekte handelt, die durch geeignete Maßnahmen zwar gebessert, aber nicht vollständig beseitigt oder geheilt werden können.“ (G. Nissen).

Die Möglichkeiten des funktionellen Ausgleichs von Schädigungen des kindlichen Gehirns sind aussichtsreich bei Früherkennung und sachgerechter Behandlung. In den letzten Jahren haben Kinderärzte und praktische Ärzte aufgrund der Vorsorgeprogramme hier eine Schlüsselfunktion eingenommen: Kinder, bei denen eine Hirnschädigung vermutet oder gesichert ist, bedürfen der Frühbehandlung, da Versäumnisse in den ersten Lebensjahren zu nicht mehr ausgleichbaren Entwicklungslücken führen. Bei mehrfach behinderten Kindern wird die Hinzuziehung von Spezialisten anderer Fachgebiete wie Augen- und Ohrenfacharzt, Orthopäde notwendig. Die Verdachtsdiagnose wird erhärtet durch ambulante oder klinische Spezialuntersuchungen, und der Kinderarzt nimmt die zentrale Stellung bei der Koordinierung aller diagnostischen und therapeutisch notwendigen Maßnahmen ein.

In der Regel führt er das erste Gespräch mit den Eltern, er teilt ihnen Ursache, Ausmaß und Prognose mit und übernimmt oft die langdauernde ärztliche Betreuung dieses Kindes.

Diese Betreuung besteht aus mehreren Komponenten: Zum Beispiel medikamentöse Behandlung bei anfallskranken Kindern, bei Erethikern oder Antriebsschwachen. Diätetische Probleme, Infektophylaxe, heilpädagogische, psychologische und logopädische Probleme sind lösbar durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechender Spezialisten, deren Koordinierung in vielen Fällen dem Kinderarzt als Erstbehandelndem obliegt. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Eltern eines geistig behinderten Kindes basiert nach der ersten Information auf fachgerechter medizinischer Betreuung des Kindes und nicht zuletzt auf der Beratung und regelmäßigen Aussprache mit den Eltern, die nicht nur für ihr Kind, sondern häufig auch für sich selbst Hilfe und Unterstützung suchen. Die meist vorhandenen Mehrfachbehinderungen geistig behinderter Kinder können Kompetenz und spezielles Fachwissen des Einzelnen übersteigen, so daß sich für die Eltern zusätzliche Belastungen durch eine große Zahl von Wegen zu Untersuchungen und Behandlungen bei verschiedenen Ärzten, Kliniken, Instituten, Gesundheits- und Sozialamt ergeben. Hier können sogenannte „Kinderentwicklungskliniken“ (Richmond, Virginia) für entwicklungsgestörte und geistig behinderte Kinder mit einem Diagnose- und Behandlungsteam sinnvoll sein.

Die fundamentale Bedeutung der Früherkennung und Behandlung behinderter Kinder ist unbestritten, wenig bekannt dagegen ist die Notwendigkeit kindheitslanger Betreuung, d. h. bis zum 15. oder 16. Lebensjahr. Untersuchungen durch das Department of HEW zeigen, daß 20-30 % chronischer Behinderungen hätten vermieden oder korrigiert werden können, wenn sich die Gesundheitsfürsorge bis zum 15. Lebensjahr erstreckt hätte.

Die ärztliche Betreuung endet schließlich nicht in der Behandlung des behinderten Kindes und der Führung und Beratung der Eltern, sondern sie sollte sich darüber hinaus auch auf die Kenntnisse des sozialen Milieus (das aussagekräftig und dem Hausarzt oft gut bekannt ist) und evtl. die Vermittlung erbgenetischer Beratung bei weiterem Kinderwunsch der Eltern erstrecken.

6. Die Förderung geistig behinderter Kinder

Jedes Kind hat das Recht und den Anspruch auf Schulbildung, auch das geistig behinderte Kind. Nach der Art der Behinderung können sich unüberwindliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Anforderungen allgemeinbildender Schulen ergeben. Daraus leitet sich nicht die Befreiung des behinderten Kindes von der Schulpflicht ab, sondern die Notwendigkeit, vorschulische und schulische Sondereinrichtungen zu schaffen, in denen behinderten Kindern sonderpädagogische Hilfen angeboten werden.

a) Sonderkindergarten

Zur Förderung geistig behinderter Kinder stehen heil- und sonderpädagogische Maßnahmen im Vordergrund, um diesen Kindern die Entwicklung vorhandener Restkapazität zu ermöglichen. Nach der Früherkennung einer Lern- oder geistigen Behinderung dient der Sonderkindergarten zusammen mit anderen differenzierenden Einrichtungen dazu, das Kind in kleinen Spielgruppen unter der Leitung entsprechend ausgebildeter Sonderkindergärtnerinnen und Heilpädagogen auf den Besuch der Sonderschule vorzubereiten. Etwa ab 4. Lebensjahr können behinderte Kinder in Sonderkindergärten gefördert werden, in kleinsten Übungseinheiten erfolgt ein Angebot neuer Reize, die oft wiederholt werden und so eine Basis bilden, auf der später die Sonderschule aufbauen kann.

Die besonders starke Mutterbindung geistig behinderter Kinder führt oft zu Unselbständigkeit und übermäßiger Verwöhnung. Im Kontakt mit anderen Kindern wird dagegen vermehrt Selbständigkeit und Einordnung in die soziale Umwelt erworben, beides kann das zu erwartende Schulverhalten günstig beeinflussen. Die Herkunft aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen benachteiligt Kinder so, daß sie später ein 15 mal größeres Risiko tragen, als geistig retardiert zu gelten als Kinder aus besseren sozialen Schichten. Diese Kinder erhalten erst durch den Besuch des Sonderkindergartens oder der Vorschule Entwicklungsreize und Impulse, die ihnen bisher im häuslichen Milieu nicht angeboten wurden (Sprache, Motorik).

b) Sonderschule

Die Ein- oder Umschulung in eine Sonderschule basiert auf der Zusammenarbeit mehrerer Spezialisten wie Schularzt, Pädagoge und Schulpsychologe in der sogenannten Schulreifeuntersuchung, die möglichst ein halbes Jahr vor Erreichen des schulpflichtigen Alters, also vor Vollendung des 6. Lebensjahres, erfolgen sollte. Beurteilt werden: körperlicher Reifungszustand, die seelisch-geistige Entwicklung und die soziale Reife des Schulanfängers. Spätestens zu diesem Zeitpunkt werden Hör- und Sehfehler, Haltungsfehler oder Anomalien des Bewegungsapparates erkannt und korrigiert, soweit möglich.

Durch Schulreifetests und andere testpsychologische Methoden können das altersentsprechende Intelligenzniveau, die freie Verfügbarkeit der Intelligenz (E. Maier), das soziale Verhalten des Kindes und seine Kontaktbereitschaft ermittelt werden. Bei geistig behinderten Kindern kommt in 74 % (Buchka) bis 78 % (Fischer) die sprachliche Behinderung (Lallen, Stammeln, Stottern, Lispeln) hinzu, so daß verbale Testmethoden schwer oder nicht anwendbar sind und nichtverbale Tests bevorzugt werden.

Nach v. Bracken und Has sind in der Bundesrepublik Deutschland etwa 6 % der schulpflichtigen Kinder lernbehindert, d. h., nach den üblichen Testverfahren (HAWIK, Binet) liegt der IQ zwischen 80 und 60. In Sonderschulen für lernbehinderte Kinder wird eine überdurchschnittliche Häufung von Kindern aus sozial schwachem Milieu gefunden, das sind zu Hause wenig geförderte, milieugeschädigte, „pseudodebile“ Kinder. Gerade bei diesen aufholbaren, sozio-kulturell bedingten Retardierungen erscheint Förderung in Sonderkindergarten, Vor- und Sonderschule erfolgversprechend, und es sollte die Möglichkeit der Umschulung in die Normalschule bei Verbesserung des Leistungsstandes bestehen.

Geistig behinderte Kinder mit einem IQ zwischen 60 und 20 sind lebenspraktisch bildbar, ihr Anteil an den Schulpflichtigen liegt etwa bei 0,6 %. Diese überwiegend imbezillen Kinder werden entsprechend ihren Fähigkeiten in Sonderschulen für Praktisch Bildbare gefördert. Derartige Schulen für Geistigbehinderte sollten in Vorstufe, Unterstufe, Mittelstufe, Oberstufe und Abschlußstufe gegliedert sein (Bach). „Die Sonderschule für Geistigbehinderte ist eine Stätte durchgängig, anschaulich vollziehenden Lernens. Angesichts der Möglichkeiten ihrer Schüler und der hierauf fußenden Zielsetzung muß sie sich also ebenso von bloßer Pflege und Beschäftigung wie vom Unterricht traditioneller Prägung fernhalten.“ (Bach).

Es ist nicht Ziel der Bemühungen, geistig behinderten Kindern Lesen, Schreiben und Rechnen beizubringen. Vielmehr stehen die Förderung von Kontaktfähigkeit, Selbständigkeit, Körperbeherrschung, Wahrnehmungsfähigkeit und Sprachtuchtigkeit im Vordergrund.

Die Schulpflicht geistig behinderter Kinder beginnt mit Vollendung des 6. Lebensjahres und endet nach dem 10. Schuljahr, sie kann bis zum 25. Lebensjahr verlängert werden, wenn weitere Förderungsaussichten bestehen.

Schulen für geistig behinderte Kinder sind Tagesheim- oder Volltagsschulen, der Schulweg wird häufig mit dem Schulbus bewältigt. Nur knapp ein Drittel der sonderschulbedürftigen Kinder kann tatsächlich eine Sonderschule besuchen, wobei sich eine deutliche Benachteiligung der Bevölkerung auf dem Lande und in Kleinstädten ergibt: „In den Groß- und Mittelstädten befinden sich 83 % der Kinder in Schulen und 12 % in Tagesstätten, auf dem Land und in Kleinstädten jedoch nur 62 % der Kinder in schulischer Betreuung und 17 % in Tagesstätten. Die Anteile der nicht eingeschulten schulpflichtigen behinderten Kinder schwanken damit je nach Wohnortgröße zwischen 17 und 38 %" (W. Kuntze et al 1974).

Das Ergebnis der Schulreifeuntersuchung wird in Zweifelsfällen nach der heute geübten Praxis eher die Zurückstellung von der Einschulung sein, um damit dem sogenannten „Spätentwickler“ oder „Langsamreifer“ Nachholmöglichkeit zu geben. Vor allem lern- und geistig behinderten Kindern wird durch die verspätete Einschulung die Chance, den Leistungsmangel auf vielen Gebieten zu verringern, genommen (geistig behinderte Kinder werden nach der Untersuchung von Windszus in 41,3 % 1 bis 3 Jahre vom Schulbesuch zurückgestellt). Besonders benachteiligt sind wieder Kinder aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen, die im häuslichen Milieu keine Impulse zur Besserung ihrer geistigen Retardierung erhalten.

Die Abgrenzung verzögert reifender Kinder von solchen mit echtem intellektuellem Defizit ist schwierig und führt oft zu mehrfachem Schulwechsel vor allem geistig behinderter Schulanfänger: Nach ein- oder mehrmaligem Zurückstellen von der Einschulung wird das Kind unter Umständen zunächst in die Grundschule aufgenommen und von dort in die Sonderschule für Lernbehinderte überwiesen. Wenn auch hier eine Differenz zwischen Leistungsanforderung und kindlicher Leistungsmöglichkeit noch erheblich ist, stellt sich die Frage, „welche Leistungen dem geistig behinderten Kind zumutbar sind, wie weit es sprachlichen Kontakt aufnehmen kann, in welchem Maße seine Motorik beeinträchtigt ist und vor allem, ob es das

unbedingt notwendige Mindestmaß sozialer Anpassung aufbringt, um erzieherischen und bildnerischen Einflüssen zugänglich zu sein" (Schomburg).

Für die Eltern ist die Einschulung ihres Kindes in eine Schule für Praktisch Bildbare zunächst mit einem Makel behaftet. Zudem lernt das Kind dort nicht oder nicht in jedem Fall Lesen, Schreiben und Rechnen. Der Leistungsmangel und Rückstand des geistig behinderten Kindes im Vergleich zu Nichtbehinderten seiner Umwelt wird von den Eltern zunächst der Schule angelastet, und es ist für Pädagogen, Psychologen und Arzt ein schwieriger und zeitraubender Weg, den Eltern die Sonderschulbedürftigkeit verständlich zu machen, um damit dem Kind einen „schulischen Leidensweg“ zu ersparen.

Die Schulzeit geistig behinderter Kinder endet in der Regel nach zehn Jahren, Verlängerung auf Antrag wird gewährt, wenn Aussicht besteht, sie in dieser Zeit dem Bildungsziel der Sonderschule näherzubringen. Anschließend kann die berufliche Förderung entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten des Jugendlichen in Beschützenden Werkstätten erfolgen. Hier wird gegen selbstwertsteigernde Entlohnung nützliche Arbeit verrichtet und damit Selbständigkeit und Freiheit des geistig behinderten Jugendlichen gefördert.

Im Pubertätsalter können zusätzliche Verhaltensstörungen auftreten, die den Verbleib in der Familie verhindern und schließlich aufgrund von „Haltungs- und Erziehungsschwierigkeiten“ (Eymann 1966) zur Heimeinweisung führen.

c) Die Notwendigkeit spezieller Förderung geistig behinderter Kinder

1. Sprache

Von allen bekannten Behinderungskombinationen steht bei geistig behinderten Kindern die Sprachbehinderung mit 74 % (Buchka) und 78 % (Sondersorge u. Fischer) an erster Stelle. Die Sprachentwicklung ist abhängig vom Reifegrad des Gehirns und dem intakten Sprechmechanismus. In den letzten 30 Jahren sind etwa 250 Publikationen über die Sprachfunktion bei Geistigbehinderten erschienen. Als Ursachen der Sprachbehinderungen kommen infrage:

1. einfach verzögerte Sprachentwicklung (ohne erkennbare Ursache oder bei körperlicher Schwäche)
2. Defekte der Sprechorgane (z. B. Gaumenspalten)
3. Defekte der Hörorgane (Schwerhörigkeit, Taubheit)
4. Hirnschädigung
5. Sprachverzögerung bei sozial behinderten Kindern
6. erbliche Sprachverzögerung

Es ist notwendig, die sprachliche Behinderung so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, da das Sprachverständnis des Kleinkindes die Basis für Lernen, logisches Denken und Kontaktaufnahme zur Umwelt bildet. Das zweite Lebenshalbjahr des Kindes ist für die Nachahmung von Lauten für das Sprachverständnis wesentlich, das Kind lernt durch Zuwendung der Mutter, vorgesprochene Wörter nachzuahmen, Gegenstände, Personen und persönliche Bedürfnisse zu erkennen und so mit 9 bis 11 Monaten erste sinnvolle Wörter zu gebrauchen. Aus aneinandergesetzten Wörtern entwickelt sich zunächst die Kindersprache und später die Verständigungssprache. Die Schnelligkeit des Sprechenslernens ist unterschiedlich, allerdings liegen bestimmte Gesetzmäßigkeiten vor, so daß Abweichungen über das Maß physiologischer Varianten

(z. B. Stammeln oder Wortumbildungen) früh erkannt werden können.

Auf Einwortsätze folgen Mehrwortsätze (Ende des zweiten Lebensjahres) und schließlich Satzfolgen. Bis zum vierten Lebensjahr sollte der Sprachaufbau abgeschlossen sein, das Kind lernt, leise zu denken (innere Sprache).

Die Kenntnis über die Aufbauphasen der Sprachentwicklung führt zu gezielter Therapie von Sprachstörungen. Einfach verzögerte Sprachentwicklung bei einem dreijährigen Kind darf erst nach Ausschluß aller ursächlich infragekommenden Faktoren angenommen werden. Andere, durch organische Defekte bedingte Sprachstörungen sind entsprechend dem Grundleiden zu behandeln.

Die Sprachstörung bei geistig behinderten Kindern hat einen Intelligenzmangel zur Ursache. Alle Stufen der Sprachentwicklung, vom Lallen angefangen, müssen nachgeholt werden unter Einbeziehung der Mutter, der übrigen Familie und der Umgebung. Nur eine Förderung aller körperlichen (motorischen) und geistigen Funktionen des geistig behinderten Kindes sowie geduldige, konsequente Führung und regelmäßiges Üben sind erfolgversprechend. Es besteht eine enge Korrelation zwischen Sprachbehinderung und Intelligenz: Kinder mit einem IQ unter 20 (Idiotie) haben in 100 % schwere Sprachstörungen und sind oft nur in der Lage, einzelne Wörter zu sprechen.

Bei Intelligenzquotienten zwischen 21 und 50 haben 90 % der Kinder Sprachstörungen, die aber eine sprachliche Verständigung nicht ausschließen. Darüber hinaus haben 45 % der schwach geistig behinderten Kinder Sprachstörungen, die leichter Art sind. Hierzu gehören Kinder, deren Sprachpflege vernachlässigt wurde bzw. die in Heimen aufgewachsen sind. Geistig behinderte Kinder, die im häuslichen Milieu aufgewachsen sind, sprechen besser als Heimkinder. Heimkindern fehlt die Sprachmotivation, es leben gleichartig Behinderte zusammen, und es hat eine Trennung von der Familie stattgefunden, die zur Blockierung der Sprachentwicklung führt.

Wenn es sich um Kinder aus schlechtem sozialem Milieu handelt, findet man oft einen geringeren Wortschatz und ein vermindertes Sprachverständnis. „Das vollkommene Fehlen einer Sprachentwicklung bei extrem vernachlässigten Kindern beweist, daß ohne verbale, umgebungsbedingte Reize das Erlernen einer Sprache unmöglich ist. Kein Kind lernt in sozialer Isolation sprechen" (Eska 1974).

Wenn es gelingt, Sprache und Sprachverständnis zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu fördern, erhält das Kind damit ein wesentliches Werkzeug zur weiteren Entwicklung. „Bleiben ihm Sprache und Sprachverständnis versagt, oder erlernt es die Sprache erst sehr spät, kann seine individuelle Entwicklung nicht die Höhe erreichen, die an sich möglich wäre. Ein spezieller Ausfall, der nicht behoben oder kompensiert wird, behindert die Entfaltung der Gesamtpersönlichkeit, und bald erreicht das Kind ein Alter, in dem es kaum noch möglich ist, festzustellen, welches die eigentliche Ursache seiner allgemeinen Retardation ist" (K. Josef).

2. Motorik

Geistig behinderte Kinder haben im Zusammenhang mit Sprachstörungen oder auch isoliert häufig Bewegungsstörungen, entweder infolge cerebraler Schäden oder bei verzögerter bzw. gestörter Kleinhirnfunktion. Die Sprache ist mit der Entwicklung der Motorik eng verbunden und Hinweis auf Störungen dieser Leistung. Der Anteil der Bewegungsstörungen bei geistig behinderten Kindern beträgt 98 %. Leichte und minimale Bewegungsstörungen sind schwer zu erfassen, da sich diese Kinder im Alter gut angepaßt an ihre Umwelt verhalten. Erst in ungewohnten Situationen demonstrieren sich Defekte im Bewegungsverhalten.

Das Ziel ist die Frühdiagnostik motorischer Funktionsbereiche wie Gesamtmotorik, Feinmotorik und Sprechmotorik. Zunächst wird der Entwicklungsstand des Kindes ermittelt, d. h., Fortbewegung, Tast- und Lagesinn, Handgeschick und Sprechmotorik werden geprüft. Darauf baut sich in Zusammenarbeit mit den Eltern ein Übungsprogramm auf, das zunächst die Basis bisher gekannter Funktionen stabilisiert und in kleinen Schritten den normalen Entwicklungsgang nachvollzieht. Das Ergebnis ist günstiger bei Früherkennung und Behandlung und weniger erfolgreich bei langer Latenz zwischen eingetretenem Defekt und Behandlungsbeginn. In der Übungsbehandlung müssen Impulse intensiv und häufig einwirken, um vorhandene Fähigkeiten zu stimulieren. Die Mithilfe der Eltern bei langdauernder und intensiver Bewegungstherapie ist unerlässlich. Sie nehmen diese Behandlungsmöglichkeiten eifrig an, weil sie nicht tatenlos wertvolle Jahre des Kindes ungenutzt verstreichen lassen wollen. Für das Kind bedeutet die Verbesserung seiner Bewegungsfunktionen mehr Selbständigkeit im persönlichen Bereich, einfache Handgriffe des täglichen Lebens kann es selbst tun. Das führt zu neuem Selbstvertrauen und erleichtert den Kontakt zur Umwelt, an deren verschiedenste Situationen es sich besser anpassen kann. Gruppenübungen vermitteln dem Kind neue Erfahrungen (Schwimmen, Turnen, gezielte Bewegungsspiele) und den Kontakt zu anderen behinderten Kindern. Das Ergebnis erfolgreicher senso-motorischer Übungsprogramme ist die Verbesserung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und die Erweiterung der cognitiven Welt des Kindes.

II. B. Darstellung der Eigenuntersuchungen an 50 geistig behinderten Kindern in Nordhessen

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Darstellung der Situation geistig behinderter Kinder und ihrer Familien in einem begrenzten Raum Nordhessens. Die Befragung der Eltern und die Erfassung der Leistungsfähigkeit ihrer geistig behinderten Kinder sollte Anhaltspunkte für die Beurteilung der Förderungsmöglichkeiten und notwendiger Verbesserungen ergeben.

1. Untersuchungsplan

Es wurden insgesamt 50 geistig behinderte Kinder einer Schule für Praktisch Bildbare in Kassel in die Studie einbezogen. 26 Kinder kamen aus dem Landkreis Kassel, 24 wohnten im Stadtgebiet. Anlässlich eines Elternabends, den die Schule veranstaltete, wurden alle Eltern, deren geistig behinderte Kinder Schüler der August-Fricke-Schule sind, von den Lehrern über die Studie informiert und um ihr Einverständnis zur Durchführung der Testuntersuchung gebeten. Dabei ergaben sich folgende Schwierigkeiten: Manche Eltern lehnten die Befragung überhaupt ab, andere gestatteten zwar die Testung ihres Kindes, lehnten selbst eine Befragung jedoch ab. Einige Eltern erteilten ihre Zustimmung, wußten später aber gar nicht, worum es geht. Die meisten Eltern waren aufgeschlossen gegenüber Fragen und stimmten der Untersuchung spontan zu.

Es wurde versucht, eine bestimmte Selektion zu vermeiden, lediglich Verweigerung der Untersuchung durch die Eltern war Anlaß, ihre Kinder unberücksichtigt zu lassen. Die Eltern konnten entscheiden, ob die Tests zu Hause oder in der Schule durchgeführt werden sollten. In jedem Fall sollte die Prüfung in einem dem Kinde vertrauten Milieu vorgenommen werden. Dafür boten sich Schule und Elternhaus gleichermaßen an, allerdings zeigte sich in der Beobachtung, daß die Kinder im häuslichen Milieu von Eltern, Geschwistern oder auch Gegen-

ständen abgelenkt wurden, während sie in der Schule ungestörter und konzentrierter arbeiteten. 32 Kinder wurden dem Test in der Schule unterzogen, 18 Kinder zu Hause. Die Termine wurden mit den Eltern schriftlich oder telefonisch vereinbart. Die Hausbesuche erfolgten in den Nachmittagsstunden, um möglichst beide Eltern anzutreffen. Die Besuche der Versuchsleiterin verliefen in der Regel so, daß nach der Begrüßung und einem kurzen, einleitenden Gespräch mit den Eltern zunächst das Testprofil erhoben wurde. Dauer und Unterbrechung der Tests wurden fast ausschließlich von dem betreffenden Kind bestimmt: Seine Motivations- und Konzentrationsfähigkeit, Affektivität und Emotionalität waren ausschlaggebend. Die Eltern wurden in jedem Fall gebeten, Kind und Versuchsleiterin allein und ungestört zu lassen, was einigen Eltern sichtlich schwerfiel. Vor allem die Mütter kamen hinzu, um „mal nach dem Rechten zu sehen“ und fragten: „Macht es auch alles richtig?“ oder „Benimmt es sich auch anständig?“. In einigen Familien waren spezielle Vorbereitungen für den Besuch der Versuchsleiterin getroffen worden, auf die meist das Kind hinwies (Kuchen gebacken, Blumen aufgestellt u. a.). Beim Hausbesuch war nur in einem Fall starkes Mißtrauen der Mutter zu überwinden, der Kontakt mit den Eltern war sonst gut, ihr freundliches Entgegenkommen wirkte sich auch positiv auf die Haltung der zu untersuchenden Probanden aus. Die Hausbesuche gaben der Verfasserin die Möglichkeit, das Verhalten von Eltern und Geschwistern zum geistig behinderten Kind zu beobachten, Eindrücke über das soziale Milieu zu gewinnen und die Angepaßtheit des Kindes an seine vertraute Umgebung zu sehen.

Die Eltern von 22 Kindern wurden persönlich befragt und der Fragebogen gemeinsam besprochen. 28 Eltern erhielten den Fragenkatalog mit Begleitbrief und der Bitte, ihn ausgefüllt zurückzuschicken. Nach Abschluß der Untersuchung kann das unterschiedlich motivierte Interesse fast aller befragten Eltern gegenüber der Studie festgestellt werden:

Die Eltern von 24 Kindern zeigten sich an der Durchführung und dem Ergebnis der Studie interessiert, 12 Elternpaare waren mäßig interessiert, und die Eltern von 14 Kindern zeigten kein Interesse, sie beantworteten die Fragen der VSMS und den Fragebogen für Eltern mangelhaft oder gar nicht.

32 Testprofile wurden in den Schulräumen der August-Fricke-Schule während der Schulzeit erhoben. An dieser Stelle ist dem amtierenden Rektor und den Lehrkräften der Schule für ihr freundliches Entgegenkommen, ihre Unterstützung und Hilfsbereitschaft gegenüber der Verfasserin zu danken.

Der persönliche Eindruck von den geprüften Kindern wurde ergänzt durch zwei Fragebogen an die Eltern, das Studium der Schulakte und Gespräche mit den zuständigen Lehrern. Auch hier wurden Dauer und Unterbrechungen der Teste vom Probanden bestimmt. Zwei Kinder wünschten die Unterbrechung und Fortsetzung der Testbatterie am folgenden Tag, sie kamen auch spontan und gern, um den Test zu beenden. Die Testdauer einschließlich Unterbrechungen schwankten zwischen 1 1/2 und maximal 4 Stunden. Diese Differenz ist durch unterschiedliche Konzentrationsfähigkeit, zusätzliche Verhaltensstörungen und oft nur im Ansatz vorhandene Motivation der Kinder zu erklären. Schulen für Praktisch Bildbare vermitteln ihren Schülern nicht in erster Linie ein bestimmtes Wissen wie Lesen, Schreiben und Rechnen, sondern fördern hauptsächlich vorhandene Anlagen in praktischen Bereichen. So war es für einige Kinder schwierig, auf plötzlich gestellte Leistungsanforderungen einzugehen und sie dann zu erfüllen. Die Versuchsleiterin bemühte sich, die gemeinsame Arbeit als Spiel darzustellen und die Kinder zu freiwilliger Mitarbeit zu motivieren. Auf die zu Beginn gestellte Frage: „Wollen wir ein Spiel zusammen spielen, möchtest Du gern spielen? Du mußt nicht spielen, wenn Du nicht willst. Bist Du sicher, daß Du spielen möchtest?“, erfolgte in 49 Fällen zumindest im Ansatz die Bereitschaft der Kinder, das Interesse der Versuchsleiterin anzuerkennen und eigene Interessen zeitweilig zurückzustellen.

Allerdings kam es immer wieder zum Durchbruch eigener Wünsche, so daß der Test unterbrochen wurde, um zu malen oder Ball zu spielen. Unabhängig vom Alter waren die Reaktionen der untersuchten Probanden auf Belohnung unterschiedlich: Bei weniger schwer ausgeprägter geistiger Behinderung reagierten die Probanden stärker auf Zuwendung und Lob der Versuchsleiterin. Dagegen waren schwer geistig Behinderte oft nur mit Sachleistungen (Bonbon und andere Süßigkeiten) zur weiteren Mitarbeit zu bewegen.

Die Reaktionen auf die Person der Versuchsleiterin und ihre Anforderungen waren verschieden. Konzentrierte Mitarbeit und die Bereitschaft, den Test vollständig auszuführen, waren überwiegend bei Kindern mit überdurchschnittlichen Leistungen zu finden. Jüngere Kinder waren verspielt und oft nicht in der Lage, die Leistungsforderung anzuerkennen. Einige der Jüngeren versuchten immer wieder, möglichst engen Kontakt zur Versuchsleiterin zu gewinnen (Berühren, Streicheln). Mehrere Kinder zeigten auffälliges Verhalten wie zunehmende ungerichtete tätliche oder verbale Aggressivität nach anfänglicher Abwehrhaltung, ängstliche Haltung mit Selbstberuhigung wie „Mir passiert nichts, ich kriege keine Spritze“ und schließlich Stereotypien wie Schaukeln, Wackeln und Lecken während der gesamten Versuchsdauer.

Verweigerte ein Kind zu irgendeinem Zeitpunkt die weitere Mitarbeit, so wurde der Test abgebrochen und das Kind in die Klasse zurückgebracht. Werturteile über das Testergebnis wurden Kindern und Eltern gegenüber nicht ausgesprochen, das Verhältnis zwischen Versuchsleiterin und Probanden war freundlich-sachlich. Überraschend für die Verfasserin waren bei späteren Besuchen in der August-Fricke-Schule die emotionalen Reaktionen der Untersuchten: Herzliche bis stürmische Begrüßung trotz vorausgegangener teils mehrstündiger Leistungsanforderungen lassen den Schluß zu, daß Zuwendung und Anforderungen durchaus nicht als negativ von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen empfunden werden, sondern daß sogar eine unausgesprochene Dankbarkeit gegenüber Personen, die sich um diese Kinder bemühen, empfunden wird.

2. Theoretische Darstellung der Testbatterie für geistig Behinderte (TBGB)

Für die Entscheidung "nicht lernbehindert, lernbehindert, geistig behindert" gilt der IQ immer noch als entscheidendes Kriterium, obwohl sich inzwischen Unsicherheiten über den Aussagewert von Testergebnissen eingestellt haben. Übliche Verfahren zur Beurteilung von Lernbehinderten sind neben dem HAWIK Binetarien nach Kramer, Bobertag-Norden, das Begabungstestsystem von Horn, die Progressiven Matrizen von Raven und weitere verbalfreie Intelligenztests. (Horn, Ingenkamp, Snijders). Eggert fand 1960 die Retestergebnisse Lernbehinderter unterhalb der kritischen Grenze der Profilzuverlässigkeitskoeffizienten und ungenügende inhaltliche Angaben der Subtests, so daß keine ausreichende Angabe über Einzelaspekte der Intelligenzminderung möglich waren. Der HAWIK für Lernbehinderte umfaßt drei Faktoren: Sprachliche Intelligenz, Handlungsfaktor und Lernfähigkeit. Littell stellt dazu fest: "Jede Vorhersage aufgrund einzelner Untertestergebnisse ist nicht viel mehr als eine rationalisierte Ahnung, deren Plausibilität aber noch lange kein gültiges Diagnostikum darstellt".

Persönlichkeitsmerkmale wie Ausdauer, Konzentration, Ehrgeiz, Energie, Gedächtnis, Motivation, Kreativität und Emotionalität werden weitgehend außer acht gelassen. Verbale Intelligenztests benachteiligen vor allem milieugeschädigte Kinder mit sogenanntem "Milieuschwachsinn", d. h., ihre IQ-Werte liegen zwischen 80 und 95 für verbale Intelligenzleistungen, während bei genauerer Nachprüfung in den motorischen Tests ihre Geschicklichkeit wesentlich höher liegt. Nach Schleifer (1971) besteht eine Parallelität zwischen Intelligenz und motorischer Begabung, d. h., intelligenzschwache Kinder zeigen auch schlechte motorische Leistungen, und es besteht bei Debilen ein reziprokes Verhältnis zwischen Intelligenz und Handgeschicklichkeit. Milieugeschädigte "pseudodebile" Kinder sollten von geistig behinderten klar abgetrennt sein, damit sie nicht unberechtigt in Sonderschulen für Lern- oder Geistigbehinderte geraten.

Motorische Fähigkeiten scheinen durch Umweltschäden weniger beeinflussbar als verbale Leistungen zu sein. Daher empfiehlt sich, zur Differenzierung in normale, lernbehinderte und geistig behinderte Kinder verschiedene verbalfreie und motorische Tests im Sinne einer Testbatterie anzuwenden.

Die Testbatterie für Geistigbehinderte (TBGB, Eggert 1969) umfaßt 6 verschiedene Tests mit unterschiedlichen Validitäten. Sie enthält Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungstests als Hilfsmittel in der Beurteilung des kindlichen Entwicklungsstandes, seiner Intelligenz und seiner Leistungsfähigkeit. Bei Grenzfällen und Mehrfachbehinderungen sind zusätzliche Verhaltensbeobachtung, Anamnese und die Berücksichtigung sozio-kultureller Faktoren notwendig. Oft scheidet die Sprache als Verständigungsmittel aus, umso mehr steht die Beobachtung des geistig schwerer behinderten Kindes im Vordergrund: Spiele, Gebrauch von Gegenständen, Essen und Trinken, An- und Ausziehen, Kontaktbereitschaft und Verhalten zur Umwelt sind wesentliche Beurteilungspunkte. Dieser umfangreiche Komplex sozialer Anpassungsfähigkeit ist in der Vineland Social Maturity Scale (VSMS) zusammengefaßt.

Die Testbatterie für Geistigbehinderte wurde von 1965 bis 1969 von Bondy und Mitarbeitern im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Forschungsprogrammes entwickelt. Aus 51 Testverfahren wurden schließlich 6 Tests nach Überprüfung an über 2000 geistig- und lernbehinderten Kindern ausgewählt. „Diese Tests besaßen besonders hohe statistische Kennwerte, korrelierten relativ gering miteinander und waren schnell auszuwerten und relativ unabhängig von subjektiven Entscheidungen des Versuchsleiters“ (Eggert). Außerdem zeichneten sie sich durch hohe Meßgenauigkeit aus. Abweichend von üblichen Intelligenztests (z. B. HAWIK), die das Verhältnis von individueller Intelligenzleistung zum Mittelwert der betreffenden Altersgruppe angeben, wird in der TBGB in mehreren Einzeltests ein Individualprofil dem Gruppenprofil (z. B. Geistigbehinderte) zugeordnet.

So wird nicht ein Intelligenzdefekt-Modell, sondern nach Eggert eine Kurzform der Persönlichkeitsbeschreibung des Probanden erhoben. Die Standardisierung der Testbatterie erfolgte nach Geschlechtern getrennt an geistig behinderten Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren in Heimen, Anstalten, Sonderschulen und Horten und in Einrichtungen der „Lebenshilfe für Geistigbehinderte“. Die Ergebnisse der TBGB geben den jeweiligen Leistungsstand eines Kindes wieder, prognostische Aussagen über Bildungsmöglichkeiten sind nicht zwingend abzuleiten.

Die TBGB besteht aus zwei Paralleltests der allgemeinen Intelligenz (CMM und BM + CM), einem Bilder-Wortschatz-Test (PPVT), einem Merkfähigkeitstest (BA) und zwei Tests zur Prüfung der motorischen Fähigkeiten (KP und LOS).

Die Reihenfolge ist variabel, die Verfasserin begann in der Regel mit dem ersten Intelligenztest, Wortschatzprüfung, dann folgte „Kreise punktieren“, Bunte und Progressive Matrizen, das Befolgen von Anweisungen und zuletzt die Hamburger Version der Lincoln Oseretzky Motor Development Scale.

a) Die Columbia Mental Maturity Scale (CMM)

Die CMM umfaßt 100 Bildtafeln, auf denen leicht erkennbar Menschen, Tiere, Pflanzen oder geometrische Figuren dargestellt sind, ein Objekt steht hier nicht in logischem Zusammenhang mit den übrigen. Die Versuchsperson soll dieses Objekt bezeichnen, eine verbale Leistung ist dabei nicht erforderlich. Die Kombinationen werden schwieriger und dienen der Erfassung von Denkfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit und logisch-schlußfolgerndem Denken.

Die Aufforderung: „Ich zeige Dir jetzt verschiedene Bilder, und Du zeigst mir, was nicht dazugehört oder welches anders aussieht“ wurde von einigen Kindern nicht verstanden.

11 von 50 Probanden verstanden stattdessen die Aufforderung: „Zeige mir, was auf dem Bild alleine ist!“. Der Test macht Aussagen über die augenblickliche allgemeine Intelligenz und erlaubt nach Eggert Voraussagen über das Leistungsniveau des untersuchten Kindes.

b) Bunte und Progressive Matrizen (BM + CM)

Dieser Test mißt die Denkfähigkeit des Kindes und wird deshalb als Paralleltest zu CMM zur Prüfung der allgemeinen Intelligenz angewendet. Hohe Zuverlässigkeiten (mittlere Zuverlässigkeit 0,92) bei geistig behinderten Kindern machen diesen Test wertvoll. Dem Kind werden Matrizen mit verschiedenen defekten Farben und Mustern vorgelegt mit der Bitte, das Fehlende zu ergänzen. Die Schwierigkeit steigt mit der Kombination von Farb- und Musterdefekten und stellt damit Anforderungen an das abstrakte Denken. Mangelnde Konzentrationsfähigkeit beeinflußt diesen Test besonders, da im Vergleich mit anderen, meist gegenständlichen Items das Interesse des Kindes an abstrakten Aufgaben rasch erlischt.

c) Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT)

dient zur Prüfung des kindlichen Wortschatzes, ohne daß verbale Äußerungen des Kindes erforderlich sind. Jedes Item besteht aus vier verschiedenen Bildern. Auf das Reizwort der Versuchsleiterin hin soll das richtige Bild gezeigt werden. Auf den Items sind Personen, Tiere oder Gegenstände des täglichen Lebens dargestellt oder auch Tätigkeitsmerkmale (gedreht, umleiten), Oberbegriffe (Beförderungsmittel, Haushaltsgeräte) und für die meisten Kinder abstrakte Begriffe wie Iglu oder Reptil. Der durchschnittliche Zuverlässigkeitskoeffizient bei geistig behinderten Kindern liegt bei 93.

d) Das Befolgen von Anweisungen (BA)

Dieser Test prüft Merkfähigkeit, Motivation und Mitarbeitsbereitschaft. Die Zuverlässigkeiten lagen bei den geistig behinderten Kindern bei einem mittleren Koeffizienten von 90 nach Eggert. Als Material erhält das Kind einen Puppenkoffer mit folgendem Inhalt: eine Puppe, ein Bär und ein Auto. Mit diesen vier Gegenständen soll das Kind auf einfache Anweisungen der Versuchsleiterin einige Aufgaben ausführen.

e) Kreise punktieren (KP)

Mit hoher Zuverlässigkeit dient der Test zur Beurteilung der Feinmotorik und der feinmotorischen Koordination, einem relativ unabhängigen Teilaspekt der Gesamtmotorik. Die Aufgabe besteht nach einigen Übungen darin, in möglichst kurzer Zeit in 100 Kreise Punkte zu setzen, die Summe der „Treffer“ läßt Rückschlüsse auf die feinmotorische Entwicklung des Kindes zu.

f) Hamburger Version der Lincoln Oseretzky Motor Development Scale (LOS)

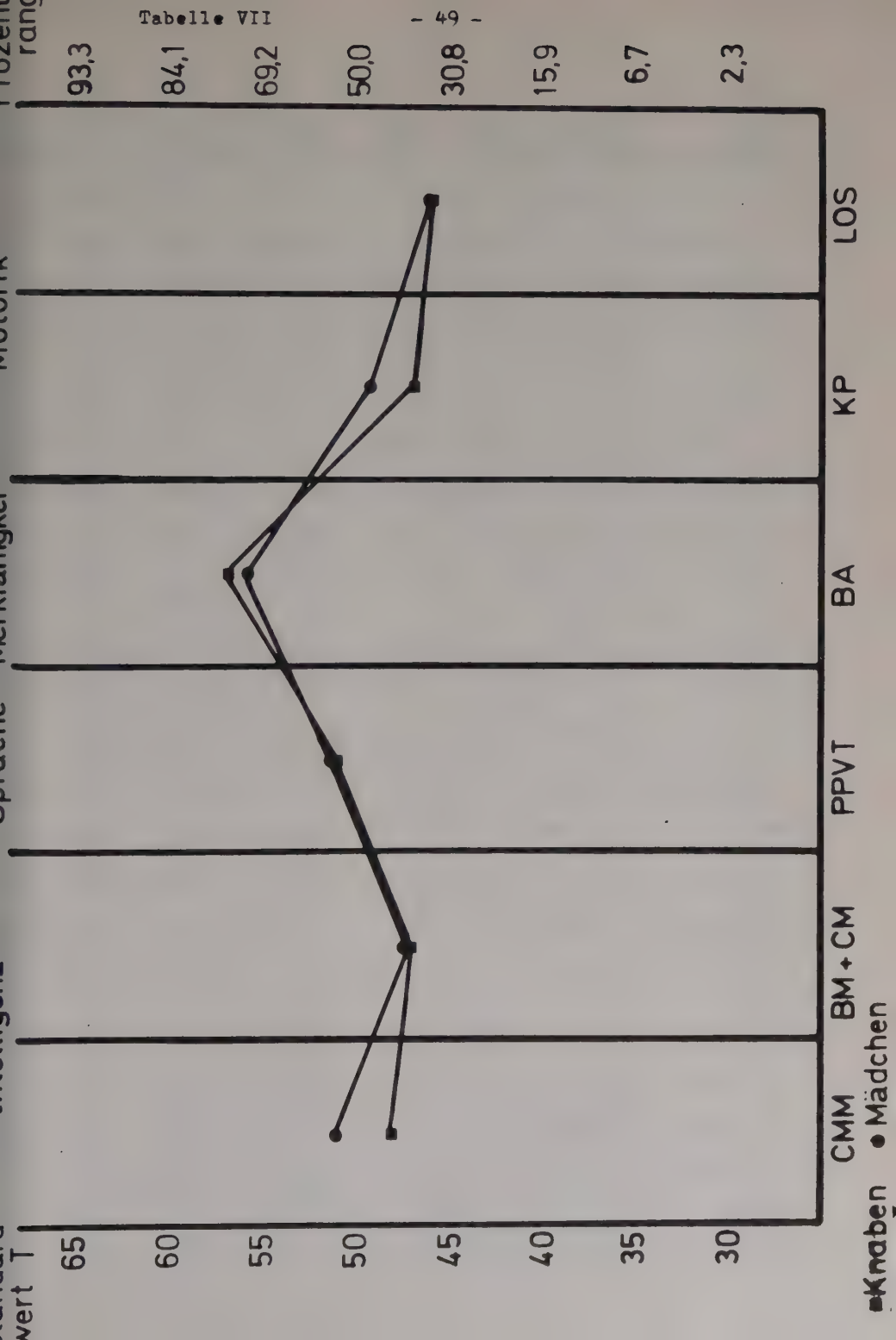
Oseretzky entwickelte einen umfangreichen Test zur Prüfung der motorischen Begabung und motorischer Fähigkeiten neurologisch auffälliger Kinder. 1955 überarbeitete Sloan die Skala, und Eggert entwickelte 1971 daraus die Kurzform mit 18 statt wie bisher 36 Tests. Die Kurzform der LOS ist zur Aufdeckung motorischer Störungen geeignet, alle Teilleistungsbereiche der motorischen Entwicklung des Kindes werden geprüft: Handgeschicklichkeit (Streichhölzer sortieren, Pfennige einsammeln, Kreis ausschneiden), Auge-Hand-Koordination (Labyrinth durchfahren), Körperbeherrschung und Gleichgewichtskontrolle (Einbeinstand, Hüpfen), Auge-Fuß-Koordination und die visuelle Kontrolle von Bewegungsabläufen (Ball fangen, Seilspringen).

Für jede geleistete Aufgabe erhält das Kind einen Punkt, die Summe der Punkte ergibt den Rohwert. Der Vergleich der relativen Leistung des Kindes wird durch Transformation der Rohwerte in Standard-T-Werte möglich.

„Die T-Werte sind so normiert, daß sie mit einer Streuung von 10 Einheiten um einen Mittelwert von 50 verteilt sind. Mit einem T-Wert von 50 entspricht die Leistung eines Kindes genau dem Durchschnitt aller gleichaltrigen Kinder seines Geschlechts, die bei der Standardisierung dieses Tests untersucht wurden“. Nach Eggert ist damit die Zuordnung eines Individualprofils zu einem Gruppenprofil (geistig behinderte Kinder) gegeben. Die Orientierung an Gruppenprofilen ist nur dann möglich, wenn eine eindeutige Definition dieser Gruppe gegeben ist.

Tabelle VI

Durchschnittswerte der TBGB		Intelligenz		Sprache	Merk- fähigkeit	Motorik		Soziale Reife	
		Alter	CMM			BM+CM	PPVT		BA
Knaben (28)		11,9	48	47	51	57	47	46	30
Mädchen (21)		10,3	51	47	51	56	49	46	27



Fall	Alter	CMM	BM+CM	PPVT	BA	KP	LOS	VSM
1 Cl.G.	6,11	60	58	57	41	51	42	18
2 U.Sch.	7,1	48	37	53	61	46	35	19
3 H.H.	7,11	46	38	45	50	50	48	18
4 C.H.	7,11	59	37	52	65	50	35	32
5 C.T.	8,6	42	45	40	61	40	51	22
6 M.W.	8,7	nicht testbar						10
7 H.Th.	9,2	48	56	50	62	45	50	23
8 S.G.	10,1	54	55	47	51	53	52	38
9 U.E.	10,3	44	47	41	37	48	56	29
10 W.K.	10,3	57	45	48	59	59	57	31
11 M.H.	10,4	50	44	56	61	50	37	15
12 P.D.	10,8	39	31	46	34	37	32	19
13 E.U.	10,8	64	60	59	63	62	60	35
14 A.U.	10,11	57	56	59	63	52	50	33
15 C.B.	11,5	54	55	58	66	48	50	-
16 A.U.	11,10	72	70	63	66	59	56	37
17 P.B.	12,0	57	61	55	62	48	50	37
18 M.L.	12,0	42	39	40	55	46	44	27
19 U.K.	12,8	43	47	53	47	48	45	-
20 R.S.	12,10	48	37	55	47	50	46	27
21 M.S.	13,6	48	50	57	58	49	45	37
22 G.G.	15,8	30	27	33	62	32	33	28

Tabelle IX

Fall	Alter	CMM	BM+CM	PPVT	BA	KP	LOS	VSMS
23 J.P.G.	8,8	42	53	26	59	50	39	23
24 P.R.	9,6	64	44	57	49	50	57	24
25 A.O.	9,8	38	29	51	61	50	39	26
26 B.B.	9,9	64	46	61	61	56	49	31
27 W.Th.	9,11	34	38	50	53	40	33	19
28 R.B.	10,1	26	-	24	-	-	-	13
29 M.B.	10,2	36	46	57	61	34	32	17
30 P.Th.	10,3	60	56	62	59	64	62	42
31 C.D.	10,4	21	28	47	53	31	32	33
32 E.U.	10,8	63	59	58	65	50	54	34
33 K.M.	11,0	43	55	48	63	58	52	n.o.
34 M.T.	11,0	40	46	51	63	55	42	31
35 H.B.	11,3	53	56	56	63	52	52	31
36 K.Sch.	11,3	50	47	55	61	50	58	35
37 J.C.	11,6	55	51	55	63	51	54	33
38 R.Sch.	11,10	57	54	55	65	44	50	32
39 H.K.	12,3	46	57	39	49	52	41	39
40 H.M.	12,3	52	41	56	55	52	49	33
41 H.B.	13,2	51	46	53	61	46	45	38
42 U.N.	13,2	63	54	57	63	48	51	39
43 Th.Sch.	13,6	29	38	44	57	41	49	30
44 Th.K.	13,7	54	54	57	63	50	55	17
45 V.Z.	13,7	59	55	61	63	52	51	35
46 F.M.	13,8	39	50	46	53	50	51	35
47 J.F.	13,9	56	53	52	59	53	45	29
48 W.W.	14,6	42	39	41	59	45	42	27
49 K.U.	15,4	70	64	59	63	52	53	36
50 A.Sch.	15,10	49	52	49	57	42	37	21

3. Eigenergebnisse der TBGB an 50 geistig behinderten Kindern

Die Testbatterie für Geistigbehinderte wurde als Prüfungsmethode gewählt, weil sie nach Eggert ähnlich dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) die allgemeine Intelligenz erfaßt, jedoch den Vorteil besitzt, dieses Persönlichkeitsmerkmal bei geistig behinderten Kindern erheblich präziser zu erfassen und eine bessere Differenzierung zu erlauben. Es ist zu erwarten, daß der durchschnittliche Leistungsbereich geistig behinderter Kinder zwischen den Standardwerten 40 und 60 liegt, d. h., 68,3 % der untersuchten Kinder liegen innerhalb dieser Grenzen.

Die TBGB wurde an 50 nicht ausgewählten geistig behinderten Kindern einer Schule für Praktisch Bildbare durchgeführt. Das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Studie lag zwischen 6,11 und 15,10 Jahren. Da die Testergebnisse für 7- bis 13jährige standardisiert sind, wurden die Jüngeren mit dem Standard der 7jährigen und die Älteren mit dem Standard der 12,11jährigen verglichen (Normentabellen für Geistigbehinderte). Das Durchschnittsalter der 28 Knaben betrug 11,9 Jahre, das Durchschnittsalter der 22 Mädchen lag bei 10,3 Jahren. Nach dem Alter ergab sich folgende Verteilung:

1 Kind	war jünger als 7 Jahre	(Fall 1)
3 Kinder	7 - 8 Jahre	(Fall 2, 3, 4)
3 Kinder	8 - 9 Jahre	(Fall 5, 6, 23)
5 Kinder	9 - 10 Jahre	(Fall 7, 24, 25, 26, 27)
12 Kinder	10 - 11 Jahre	(Fall 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 28, 29, 30, 31, 32)
8 Kinder	11 - 12 Jahre	(Fall 15, 16, 33, 34, 35, 36, 37, 38)
6 Kinder	12 - 13 Jahre	(Fall 17, 18, 19, 20, 39, 40)
8 Kinder	13 - 14 Jahre	(Fall 21, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47)
1 Kind	14 - 15 Jahre	(Fall 48)
3 Kinder	15 - 16 Jahre	(Fall 22, 49, 50)

14 Knaben kamen aus dem Landkreis Kassel, 14 Knaben aus dem Stadtgebiet. Bei den weiblichen Probanden kamen 12 aus dem Landkreis und 10 aus dem Stadtgebiet, so daß in der Gesamtverteilung 24 Stadtkinder und 26 Kinder aus dem Landkreis erfaßt wurden.

Von 50 Probanden war ein Kind wegen schwerster geistiger Behinderung infolge zunächst schlecht einstellbaren, später unbehandelten Krampfleidens nicht testbar (Fall 6). Ein weiteres Kind (Fall 28) konnte nur im Ansatz erfaßt werden, so daß ein vollständiges Testprofil für diesen Jungen nicht vorliegt. 11 Knaben und 9 Mädchen lagen in 1 bis 5 Einzeltesten unter dem Standard-Wert T von 40 und damit unter einem Prozentrang von 15,9. Das durchschnittliche Testprofilergebnis der Knaben verglichen mit dem aller weiblichen Probanden ergibt kaum Unterschiede (Tabelle VII). Das Individualtestprofil, dargestellt als Summe der 6 Einzeltests, liegt in folgenden Leistungsbereichen:

Leistungsbereich	unter 40	40 - 60	über 60
Mädchen	2	17	2
Knaben	1	24	2

Damit liegen von 48 Probanden insgesamt 3 Kinder unter dem zu erwartenden Durchschnittsbereich für Geistigbehinderte (Standard-Wert T = 40), und 4 der untersuchten Kinder überschreiten den Durchschnittsbereich.

a) Columbia Mental Maturity Scale (CMM)

Nach der erklärten Bereitschaft des Kindes zum „Mitspielen“ zeigte die Versuchsleiterin nacheinander 3 Beispiele und bat anschließend das Kind, auf den „kindgerecht“ gestalteten Items das nicht zugehörige zu zeigen. Der durchschnittliche Standard-Wert T lag bei 21 Mädchen bei 51 und bei 27 Knaben bei 48, d. h., die Probanden übertrafen damit 50 % der Vergleichsgruppe.

Einige Kinder waren nicht in der Lage, die Aufforderung der Versuchsleiterin: „Zeige mir, welches Teil anders aussieht“ oder „Zeige mir, was gehört hier nicht dazu“ zu verstehen. Hier erwies sich die Frage als hilfreich: „Was ist hier auf dem Bild alleine?“, worauf meist die richtige Deutung (verbal oder durch Gesten) erfolgte. Ein 10jähriges Mädchen (Nr. 11) ließ von Beginn bis zum Ende alle Lösungen von ihren beiden Stofftieren zeigen, hinter denen sie sich verbarg.

Im 1. Intelligenztest waren 49 Kinder nach dem ersten Kontakt und Akzeptieren der Anforderung der Versuchsleiterin bereitwillig zur Mitarbeit zu motivieren, wobei kindgerechte Gestaltung der Items, verständliche Aufforderung und die Möglichkeit, auch ohne verbale Äußerung zu arbeiten, für die Kinder wesentlich war. Sicher wirken sich im Testergebnis auch noch unverbrauchte Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft durch den Reiz des Neuen aus.

b) Bunte und Progressive Matrizen (BM + CM)

Der 2. Intelligenztest wurde zur Prüfung der Entwicklung von Relationen zwischen abstrakten Formen angewandt. Als Paralleltest zu CMM sollen hohe Korrelationen zwischen beiden Testen bestehen (0,60 - 0,80) und es wird eventuell eine Testwiederholung mit BM + CM nach der ersten Untersuchung mit CMM empfohlen. Tatsächlich erwies sich in der Studie an 49 testbaren geistig behinderten Kindern eine deutliche Abneigung gegen diesen Test, d. h., es fehlte bei mehreren Kindern die Fähigkeit des abstrakten Denkens. Die Motivation zur Mitarbeit erlosch bei diesem Test am schnellsten, was vermutlich an den wenig kindgerechten Items und am Nichterkennen des ordnenden Prinzips lag. Nach 8 aufeinanderfolgenden, nicht gelösten Aufgaben wurde der Test abgebrochen (bei 9 weiblichen und 8 männlichen Probanden). Bei 16 Kindern waren die Ergebnisse im 2.

Intelligenztest schlechter als in CMM, 19 Kinder verbesserten ihr Ergebnis im BM + CM gegenüber dem Ergebnis des 1. Intelligenztests. Bei einem Kind (Fall 23) war kein vollständiges Ergebnis zu erhalten, ein Kind war nicht testbar. 11 Kinder zeigten keine wesentlichen Unterschiede zwischen dem Testergebnis des 1. und 2. Intelligenztests. Zusammenfassend ergibt sich im 2. Intelligenztest ein Abfall gegenüber dem 1. Intelligenztest, und zwar für Knaben und Mädchen gleichermaßen (Standard-Wert T im Durchschnitt 47).

c) Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT)

In der graphischen Darstellung der durchschnittlichen Testprofilergebnisse ergibt der Peabody Picture Vocabulary Test den ersten Gipfel: Dieser Test dient der Wortschatzprüfung, ohne auf Wortbildung oder verbale Äußerungen des Kindes angewiesen zu sein. Die Durchführung des Tests gestaltete sich einfach und komplikationslos, die kindgerecht gestalteten Items wurden meist erkannt und zum Teil von den Kindern freudig begrüßt. Die Darstellungen auf den Items erwiesen sich für die Motivation und Konzentration der Kinder als günstig, da sichtlicher Leistungserfolg fördernd wirkte. Die Korrelation zwischen Reizwort und graphischer Darstellung war für konkrete Gegenstände aus der Umwelt der Kinder gut, während Handlungsablauf oder Tätigkeit auf den Items nicht ohne weiteres erkannt wurde (Unterhaltung, Untertauchen, Untersuchen). Eine Reihe von aufgeführten Gegenständen konnte nicht benannt werden, da sie dem betreffenden Kind offensichtlich konkret und abstrakt unbekannt war (Abzeichen, Telefonscheibe!, Iglu, Kajak u.a.). Oberbegriffe wie: Beförderungsmittel, Haushaltsgeräte wurden wiederholt nicht realisiert, während „Auto“ oder „Trichter“ erkannt wurden. Mit einer Ausnahme (Fall 22) lagen die Standard-T-Werte bei den weiblichen Probanden zwischen 40 und 63 und bei den männlichen Probanden mit 2 Ausnahmen (Fall 23 und 28) zwischen 39 und 62.

d) Befolgen von Anweisungen (BA)

Das Befolgen von Anweisungen setzt im täglichen Leben des geistig behinderten Kindes ebenso wie im Test Merkfähigkeit, Motivation und Kooperationsbereitschaft voraus. Das Testmaterial ist geeignet, die kindliche Motivation positiv zu beeinflussen. Allerdings stellt die Inbesitznahme des „Spielzeugs“ vor allem durch jüngere Kinder eine gewisse Schwierigkeit dar, die durch die Kooperationsbereitschaft des Kindes gelöst werden soll: Das Kind lernt, die Interessen der Versuchsleiterin anzuerkennen und nach ihren Anweisungen zu handeln. Nicht das eigene Spiel steht im Vordergrund, sondern das Lösen einer Aufgabe. Die sich daraus ergebenden Interessenkonflikte traten besonders bei jüngeren, verspielten Kindern hervor, nach verschieden langer Zeit waren aufgeschlossene Kinder zur Mitarbeit zu bewegen. Nur bei 2 von 50 Kindern war der Test nicht durchführbar.

In diesem Test erreichten 96 % der Probanden die höchste Leistung der TBGB: Für die Knaben lag der durchschnittliche Standard-T-Wert bei 57, die Mädchen erreichten im Durchschnitt einen Standard-Wert T von 56.

Außer den Kriterien Merkfähigkeit, Motivation und Mitarbeitsbereitschaft gehen kindliche Aktivität, Handlungsbereitschaft und Selbständigkeit in das Testergebnis ein. Motorische Unruhe und Antriebsarmut beeinflussen das Testergebnis gleichermaßen ungünstig. In Einzelfällen stellte die Beschäftigung mit vier verschiedenen Gegenständen (Koffer, Puppe, Bär, Auto), mit denen auf einfache Anweisungen der Versuchsleiterin verschiedene räumliche Veränderungen vorgenommen werden sollten (in den Koffer, unter den Stuhl, auf den Tisch), das Kind vor unlösbare Probleme. Ein 10,3jähriges Mädchen (Fall 9) hat keine räumliche Vorstellung und ist nicht in der Lage, sich über den Ansatz hinaus auf das vorgegebene Spielmaterial zu konzentrieren, sie möchte „Ball spielen“, wirkt verspielt und unkonzentriert, so daß ihr das Befolgen von Anweisungen nicht gelingen kann.

Im Fall 12 waren mangelndes Sprachverständnis und Körperbehinderung infolge Cerebralparese ursächlich für das Leistungsversagen des freundlichen und kontaktbereiten Kindes.

Das Befolgen von Anweisungen gelingt in den höheren Altersklassen fast ausnahmslos zügig und erfolgreich, so daß die höchsten Standard-T-Werte resultieren. Gut angepaßte und in ihre Umgebung integrierte Kinder zeigen die Fähigkeit, mehrere Aufträge in der angegebenen Reihenfolge auszuführen, sie können damit in Familie und Schule Aufgaben übernehmen und selbständig ausführen. Damit werden Selbstwertgefühl und Selbständigkeit gesteigert, beides wirkt sich in der Motivationslage während des Testes positiv aus. Ein Kind (Fall 21) äußerte zum Beispiel wiederholt: "Das macht Spaß, das mache ich gern". Zwei Kinder sind durch die Versuchsleiterin nicht zum Befolgen der Anweisungen zu motivieren: Im Fall 1 wird die Aufmerksamkeit der Versuchsleiterin von den Eltern gleich zu Beginn des Hausbesuches auf eine strenge Reglementierung des Kindes gelenkt: "Das werden Sie mit Claudia nicht schaffen, das schafft nur ihr Vater mit Strenge", was dann auch tatsächlich zutrifft, d. h., als Reiz genügen Spielzeug und freundliche Aufforderungen nicht, erst autoritäre Strenge und laute verbale Drohungen des Vaters bewegen das Kind, sich kurzfristig mit den Aufgaben zu beschäftigen.

Auch im Fall 31 kann das unkonzentrierte und in seinem Verhalten aggressive Kind nur nach wiederholten strengen Ermahnungen durch die Mutter zur Mitarbeit bewegt werden. Die Mutter zwang den Jungen, wohl mehr als Eigenleistungsbeweis, den Test zuende zu führen, ohne die verbale und tätliche Abwehr des Kindes zu beachten.

Einige Kinder wollten am Ende der Aufgabe das Testmaterial behalten: "Schenkst Du mir das? Kann ich das haben?". Das verständliche Besitzstreben ließ sich durch die Bemerkung der Versuchsleiterin: "Andere Kinder möchten aber auch noch damit spielen" beherrschen und wurde ausnahmslos als Begründung für die Wegnahme akzeptiert.

Bei unkonzentrierten und leicht ablenkbaren Kindern gelang es nicht, die letzten 5 Items mit einer Reihe von Teilaufgaben zu bewältigen, da bei ihnen die Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit hinsichtlich der einzuhaltenden Reihenfolge beeinträchtigt war. Unabhängig von der Lösung der Aufgabe wurde jedes Kind gelobt und mit sachlichen Leistungen (Süßigkeiten) belohnt.

e) Kreise Punktieren (KP)

Feinmotorik und feinmotorische Koordination wurden als nächstes geprüft. Die Aufgabe, in schneller Reihenfolge Punkte in vorgezeichnete Kreise zu setzen, erwies sich für 4 Kinder als praktisch unlösbar, ihre Standard-T-Werte lagen unter 40. Das durchschnittliche Ergebnis aller testbaren Kinder (48 Probanden) lag in diesem Test auf einem dem Ergebnis des 2. Intelligenztests vergleichbar niedrigen Niveau von $T = 47$ für die Knaben und $T = 49$ für die Mädchen. In einigen Fällen hatte die Versuchsleiterin den Verdacht, daß ursächlich bisher nicht diagnostizierte und korrigierte Sehfehler vorlagen. Die Motivation zu diesem Test war einfach zu erreichen und wurde durch Ermunterung bis zum Ende des Tests, also 60 Sekunden lang aufrecht erhalten. Die Zielgenauigkeit wurde von der Auge-Hand-Koordination bestimmt. Ausführende und ungezielte Bewegungen wurden sowohl bei nicht körperbehinderten schwerer Geistigbehinderten (Fall 22) als auch bei leichter Geistigbehinderten mit zusätzlicher cerebraler Bewegungsstörung gefunden (Fall 12). Bei einigen Kindern kam die Motivation weniger von der Versuchsleiterin als vielmehr durch das eigene positive Leistungsergebnis. Die Aufgabe wurde von keinem Kind schneller als in 60 Sekunden gelöst. Die körperliche Anstrengung war bei 7 Kindern besonders deutlich: verkrampft mit weit vorgestrecktem Kopf bemühten sie sich, den Bleistift zwischen Daumen und Zeigefinger zu halten und mit Aufwendung großer Kraft in langsamer schwerfälliger Folge Punkte in die Kreise zu setzen. Durch den unverhältnismäßig starken Druck brach der Stift mehrfach ab, die Punkte fielen unregelmäßig stark

aus und nahmen infolge ungenauer Bewegungen Strichform an. Nach 30 Sekunden wurden die oft groben Bewegungen langsamer, die verkrampfte Haltung erschwerte die weiteren Bemühungen des Kindes, Entspannung war nicht möglich, und das Kind ermüdete rasch. Die bei den meisten Kindern gefundene geringe manuelle Geschicklichkeit und mangelnde Hand-Auge-Koordination ist bei den testbaren 48 geistig behinderten Kindern zu einem hohen Anteil auf fehlende Übung zurückzuführen. Nichtkorrigierte Sehfehler und Cerebralparesen sind nur in einigen Fällen als Ursache anzunehmen.

f) Hamburger Version der Lincoln Oseretzky Motor Development Scale (LOS)

Die Prüfung des motorischen Entwicklungsstandes in der Kurzform der Lincoln Oseretzky Motor Development Scale (Hamburger Version der LOS) erfolgte am Ende der TBGB. Hier sollten bei mehreren Teilaufgaben möglichst viele Bewegungskomponenten geprüft werden. Stärker noch als die Feinmotorik ist die Gesamtkörpermotorik bei den im Rahmen dieser Studie untersuchten Kindern der am meisten beeinträchtigte Bereich, und zwar gleichermaßen bei Mädchen und Knaben. Durchschnittswert T der Mädchen und Knaben = 46. Das Ergebnis der LOS stellt den Tiefpunkt in der Testbatterie für Geistigbehinderte dar. 11 von 48 Probanden erreichten in diesem Test nur eine Punktzahl von 1 - 4, d. h., ihre motorische Entwicklung liegt unterhalb einer Standardabweichung. 5 dieser Kinder waren in ihrem Zutrauen zu den eigenen motorischen Fähigkeiten so gemindert, daß sie fast alle Teilleistungen von vornherein ängstlich ablehnten: „Das kann ich nicht“ oder „Ich habe Angst, ich falle“. Die Beeinträchtigung der Motorik war bei den 7 - 10jährigen Kindern am stärksten und betraf alle Motorikleistungen wie Gleichgewicht halten, Schnelligkeit, Geschicklichkeit, Kraft, Auge-Hand-Fuß-Koordination sowie Doppel-Koordination. gleichermaßen. Angstvoll abgelehnt wurden Aufgaben wie Seilspringen, Einbeinstand oder Balancieren auf Zehenspitzen mit geschlossenen Augen.

Räumliche Orientierung und Körperkontrolle waren bei 70 % der Probanden ohne visuelle Kontrolle unmöglich. Das Gefühl der Unsicherheit aus der Erfahrung motorischer Unfähigkeit führte wie keine bisherige Aufgabe zu Angst, Aggressivität und strikter Ablehnung aller Motivationsversuche.

Nach Eggert stellt die TBGB eine Kurzform des Persönlichkeitsprofils dar, ohne Berücksichtigung der Verhaltensmerkmale Angst, Aggressivität, Emotionalität und Affektivität. Nach den Erfahrungen der Verfasserin gehen aber gerade diese kaum beeinflussbaren Verhaltensmerkmale in das Ergebnis der LOS ein. Sie beeinflussen die Motivationslage entscheidend, was sich gerade bei geistig behinderten Kindern auf das Testergebnis auswirkt. Die Verunsicherung durch die Unfähigkeit, Statik, Motorik und Koordination ihres Körpers zu beherrschen, war tiefgreifend und oft unüberwindlich. Es wurde außer lobendem Zureden und Belohnung kein Zwang auf die Kinder ausgeübt und bei anhaltender ängstlicher Verweigerung die LOS abgebrochen.

Es ist nach den Untersuchungen von Groß-Selbeck u. Mitarb. anzunehmen, „daß bei Kindern, die in ihrer motorischen und geistigen Entwicklung gestört sind, in erhöhtem Maße gleichzeitig mit visuellen Perzeptionsstörungen gerechnet werden muß“ (z. B. visuo-motorische Koordination, Wahrnehmung der Lage im Raum und der räumlichen Beziehungen).

Die Verfasserin würde dies für die Probanden mit T-Werten unter 40 vermuten, auf spezielle Untersuchungen (Frostig-Test) wurde verzichtet. Die Tatsache, daß mit der TBGB die stärksten Ausfälle im Bereich der Motorik festgestellt wurden, ist umso gravierender, als sich daraus für geistig behinderte Kinder zusätzliche Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit und ihres Selbstwertgefühls ergeben. Die Chance der Lernfähigkeit, Selbständigkeit und sozialen Integration wird gemindert, Mißerfolgserlebnisse können sekundär zu Verhaltensstörungen und zur Isolierung des geistig behinderten Kindes führen.

4. Die Soziabilität geistig behinderter Kinder,
dargestellt anhand der Vineland Social Maturity Scale
(VSMS)

Zur Beurteilung der Situation geistig behinderter Kinder ist neben der Prüfung von Intelligenz, Sprache und Motorik die Beobachtung der Kinder im Umgang mit Spielgeräten und Gegenständen des täglichen Lebens, Essen, Trinken, An- und Ausziehen und der Kontakt zu den Familienmitgliedern wichtig. Oft ist eine längere Zeit persönlicher Beobachtung des geistig behinderten Kindes nicht möglich, so daß Fragen zur Abschätzung des sozialen Entwicklungsstandes an Eltern oder andere dem Kind vertraute Personen gestellt werden müssen. Eine zusammenfassende Kurzform zur Erfassung der sozialen Reife stellt die VSMS nach Lürer, Cohen und Nauck, standardisiert von Doll (1936) und Eggert (1971) dar.

4.3 Fragen umfassen

1. den sozialen Bereich (Umgänglichkeit und Kontaktfreudigkeit)
2. den lebenspraktischen Bereich (Selbständigkeit, Verkehrssicherheit, Körperpflege)
3. den arbeitsmäßigen Bereich (Anständigkeit bei einfachen Verrichtungen)
4. den motorischen Bereich (Körperbeherrschung, Geschicklichkeit)
5. den musischen Bereich (Zeichnen, Verrichten einfacher schöpferischer Arbeit)
6. den Gemütsbereich (Freude, Interesse, Respektierung von Verboten)
7. den sprachlichen Bereich (Verständnis und Gebrauch der einfachen Umgangssprache in Berichten und Vorführungen)

Nach Bach ist das Ergebnis der Beobachtung dieser einzelnen Bereiche für die Beurteilung geistig schwerer behinderter Kinder vordergründig.

Bei den Hausbesuchen wurde der Fragebogen während einer Pause der TBGB oder im Anschluß gemeinsam mit Mutter, Vater oder beiden Eltern von der Versuchsleiterin besprochen. Insgesamt wurden 22 Eltern persönlich befragt, und 25 Eltern füllten den Fragebogen selbständig ohne Anwesenheit der Versuchsleiterin aus. In zwei Fällen blieben die Fragen von den Eltern unbeantwortet (Fall 15, 19). Die Mutter des Kindes Fall 33 war nicht in der Lage, den Sinn der Fragen zu erkennen und sachgerecht die Antwort „ja“ oder „nein“ anzukreuzen, Namen und Alter ihres Kindes schrieb sie in Kritzelschrift.

Das Ergebnis bestätigte die Erwartung, daß Versuchspersonen mit höherem Alter höhere Punktwerte erzielen. Die Beantwortung der Fragen der VSMS durch die Eltern orientierte sich weniger am tatsächlichen Entwicklungsstand des Kindes, als vielmehr an der zu erwartenden Leistung gleichaltriger geistig normaler Kinder. War die Diskrepanz zwischen Bejahung eines Items durch die Eltern und dem Eindruck der Versuchsleiterin vom Entwicklungsstand des geistig behinderten Kindes zu groß, wurden die Eltern mit der Frage: „Glauben Sie wirklich, daß P. sich alleine anziehen kann?“ konfrontiert. Nach kurzem Zögern kam dann meist die Antwort: „Nein, eigentlich noch nicht“ oder „Nein, aber er müßte es eigentlich können“. Aus der Beantwortung der Fragen nach den Möglichkeiten ihres geistig behinderten Kindes, einfache Aufgaben der verschiedenen Lebensbereiche zu lösen, kommt den Eltern deutlicher als durch jedes Ergebnis einer Intelligenzprüfung das Defizit in der Eigenentwicklung ihres Kindes im Vergleich zu den Normerwartungen der Umwelt zum Bewußtsein. Eltern mit einer realistischen Einstellung zur geistigen Behinderung ihres Kindes sind eher in der Lage, die Items der VSMS sachlich zutreffend zu beantworten, indem sie den gegenwärtigen Entwicklungsstand ihres Kindes erkennen und akzeptieren. Das Punktergebnis kann in diesen Fällen niedriger liegen als bei Kindern, deren Eltern die geistige Behinderung ihres Kindes leugnen oder gleichgültig sind.

Im Fall 31 bejaht die Mutter 33 von 43 Fragen, sie beschönigt unkritisch den Leistungsstand ihres geistig schwer behinderten einzigen Kindes: „Er kann fast alles, den Geist hätte er, aus ihm könnte man etwas machen“. Aus der großen Differenz zwischen der Erwartungshaltung dieser Mutter (und anderer Eltern) in den Forderungen an das Kind ergeben sich laufend Überforderung und Frustration des Kindes und als Folge plötzliche heftige Wutausbrüche des Kindes und Tränenausbrüche bei der Mutter.

Im Fall 19 ist die Beurteilung des Kindes durch die Mutter zu optimistisch, im Fall 22 dagegen nehmen die Eltern eine realistische Haltung gegenüber der schwersten geistigen Behinderung ihrer ältesten Tochter ein. Hier zeigt sich die Notwendigkeit der Aufklärung der Eltern über Ursache und Schwere der geistigen Behinderung ihres Kindes mit Förderungsmöglichkeiten und Akzeptierung unkorrigierbarer Mängel.

Im Durchschnitt lag das Ergebnis wenig oder gar nicht an der geistigen Behinderung ihres Kindes interessierter Eltern höher als dem tatsächlichen Entwicklungsstand der Kinder angemessen. Hier werden Item 7, 31 und 38 kritiklos bejaht, wobei sich allerdings die Frage nach dem Sinn- erfassen der Items durch die Eltern erhebt.

Das durchschnittliche Ergebnis der VSMS bei den Knaben liegt bei 30 Punkten, die Mädchen erzielen 27 Punkte. Die Berechnung der Zuverlässigkeit der Kurzform der VSMS ergibt nach Eggert eine hohe Stabilität des Verfahrens ($r = 93$). Nach den Erfahrungen der Verfasserin wird die subjektive Beurteilung des kindlichen Entwicklungsstandes durch die Eltern beeinflusst von folgenden Faktoren: Informationsstand, Interesse, intellektuelles Niveau und Akzeptieren der geistigen Behinderung sowie Integration des geistig behinderten Kindes in die Familie.

Insgesamt liegt das durchschnittliche Ergebnis einfach behinderter Kinder mit 31 Punkten über der Punktzahl Mehrfachbehinderter mit 27 Punkten. Diese geistig behinderten Kinder mit zusätzlichen Schäden (sprachliche Behinderung, Körperbehinderung, Milieuschaden) benötigen für ihren verlangsamt ablaufenden Entwicklungsprozeß mehr Zeit, Zuwendung und Förderung als einfach behinderte Kinder. Die Anpassung an die Normwerte der gesunden Umwelt ist schwieriger, und Überforderungen durch Eltern, Geschwister und Schule treten häufiger auf. Die VSMS zeigt deutlich die Abhängigkeit geistig behinderter Kinder von der Fürsorge der Eltern. Vor allem mehrfach behinderte Kinder mit schwerem intellektuellen Defizit stellen hohe und langdauernde Belastungen ihrer Familien dar.

In dem Maße, wie die Soziabilität des geistig behinderten Kindes gefördert wird, wächst seine Unabhängigkeit und gelingt die weitgehende Integration in die normale Umwelt. Förderung des sozialen Entwicklungsstandes verhindert soziale Isolation Geistigbehinderter in Randgruppen der Gesellschaft bzw. lebenslange Unterbringung in Anstalten und Heimen.

5. Darstellung der individuellen Situation der Probanden

Die Persönlichkeitsbeschreibung durch die TBGB ermöglichte außer der Beurteilung des individuellen Leistungsstandes auch die Beobachtung des geistig behinderten Kindes im Umgang mit Eltern und Geschwistern, Lehrern und Schulkameraden und war insofern aufschlußreich für die soziale Integration in die gesunde Umwelt. Gleichzeitig konnte die Versuchsleiterin Eindrücke über die sozio-ökonomischen Verhältnisse gewinnen und auf dieser Basis die Situation des geistig behinderten Kindes und seiner Familie erkennen. Unabhängig von der Tatsache, daß in zwei Fällen die TBGB nicht durchführbar war, konnten in 50 Fällen detaillierte Aussagen über die individuelle Situation jedes Kindes gemacht werden. Besondere Wichtigkeit wurde folgenden Fragen beigemessen:

- a) Alter des Kindes bei Einschulung in eine Schule für Geistigbehinderte
- b) Wurden diagnostische Maßnahmen zur Klärung der Ursache der geistigen Behinderung durchgeführt?
- c) Handelt es sich um Ein- oder Mehrfachbehinderung?
- d) Welche Behinderungskombinationen liegen im Fall der Mehrfachbehinderung vor?

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten 3 Kinder in Heimen: im Fall 2 wegen Vernachlässigung des Kindes durch die Eltern, im Fall 26 nach dem Suicid beider Eltern und im Fall 28 ebenfalls wegen Vernachlässigung bei schlechtem sozialem Milieu. Für ein weiteres Kind (Fall 22) war die Heimunterbringung geplant. Bei 22 Hausbesuchen wurden die persönlichen Daten zur Anamnese des geistig behinderten Kindes von den Eltern erfragt, sie waren oft ungenau und in einigen Fällen unabsichtlich oder absichtlich unrichtig. Die Angaben der Eltern wurden in jedem Fall durch das Studium der Schulakte, Gespräche mit den Lehrern und, wenn möglich, durch die Einsicht in vorhandene Krankenblätter ergänzt.

Tabelle X

Alter bei Ein-
schulung in
Sonderschule f.

Fall	Geistig-Behinderte	Behinderung	Soziales Milieu	Interesse der Befragten	Diagnose
1	7 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
2	7 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
3	8 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
4	8 J.	mehrfach	sehr gut	interessiert	ja
5	8 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
6	7 J.	mehrfach	sehr gut	interessiert	ja
7	9 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
8	9 J.	mehrfach	einfach	wenig Interesse	nein
9	8 J.	mehrfach	gut	interessiert	nein
10	9 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	ja
11	9 J.	einfach	einfach	interessiert	nein
12	9 J.	mehrfach	gut	interessiert	nein
13	10 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
14	7 J.	mehrfach	gut	sehr interessiert	ja
15	9 J.	einfach	einfach	kein Interesse	nein
16	9 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
17	10 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
18	10 J.	mehrfach	einfach	kein Interesse	nein
19	10 J.	mehrfach	einfach	wenig Interesse	nein
20	10 J.	mehrfach	einfach	kein Interesse	nein
21	10 J.	einfach	einfach	kein Interesse	nein
22	10 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja

Tabelle XI
Alter bei Ein-
schulung in
Sonderschule f.

Fall	Geistig-Behinderte	Behinderung	Soziales Milieu	Interesse der Befragten	Diagnostik
23	7 J.	mehrfach	gut	interessiert	nein
24	10 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
25	9 J.	mehrfach	gut	interessiert	vorgesehen
26	9 J.	mehrfach	schlecht	Eltern tot	nein
27	9 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
28	7 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
29	8 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
30	7 J.	einfach	einfach	wenig Interesse	nein
31	7 J.	einfach	gut	interessiert	ja
32	7 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
33	8 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
34	8 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
35	7 J.	einfach	gut	interessiert	ja
36	9 J.	mehrfach	gut	wenig Interesse	ja
37	10 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
38	6 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
39	7 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
40	9 J.	mehrfach	schlecht	kein Interesse	nein
41	9 J.	einfach	einfach	wenig Interesse	nein
42	9 J.	mehrfach	einfach	interessiert	nein
43	9 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
44	7 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
45	9 J.	mehrfach	gut	wenig Interesse	nein
46	7 J.	mehrfach	gut	interessiert	ja
47	8 J.	mehrfach	einfach	wenig Interesse	nein
48	7 J.	einfach	einfach	wenig Interesse	nein
49	9 J.	einfach	schlecht	kein Interesse	nein
50	8 J.	mehrfach	einfach	wenig Interesse	nein

a) Alter des Kindes bei Einschulung in eine Schule für Geistigbehinderte

Von 50 geistig behinderten Probanden wurde ein Kind (Fall 38) nach Vollendung des 6. Lebensjahres in die Sonderschule für Geistigbehinderte eingeschult. 49 Kinder wurden erst später in diese Sondereinrichtung eingeschult oder überwiesen, und zwar:

13 Kinder im Alter von 7 Jahren	(4 Mädchen und 9 Knaben)
11 Kinder im 8. Lebensjahr	(5 Mädchen und 6 Knaben)
18 Kinder im 9. Lebensjahr	(7 Mädchen und 11 Knaben)
6 Kinder im 10. Lebensjahr	(5 Mädchen und 1 Knabe)
1 Kind im 11. Lebensjahr	(1 Mädchen, Fall 18)

Der verspäteten Einschulung in die dem intellektuellen Mangel angemessene Schule gingen in einigen Fällen voraus: ein- oder mehrfaches Zurückstellen von der Einschulung wegen mangelnder geistiger und körperlicher Reife, Verhaltensstörung (erethisch, autistisch), fehlendem Sprachverständnis und Nichtbeherrschen der einfachen Umgangssprache, Bewegungsstörung oder Retardierung. Nach einem Jahr wurde dann bei den meisten Kindern der Versuch gemacht, sie in die Grundschule aufzunehmen. Die sichtliche Unfähigkeit des geistig behinderten Kindes, den Anforderungen dort gerecht zu werden, führte in der Regel zur Umschulung in die Sonderschule für Lernbehinderte. Dort blieb das Kind ein bis zwei Jahre und wurde schließlich in die Schule für Praktisch Bildbare überwiesen. Fall 17 soll als Beispiel für diesen schulischen Leidensweg demonstriert werden: Das Kind kommt aus schlechten sozialen Verhältnissen, der Vater ist von Beruf Stapelfahrer, die Mutter Hausfrau. Die Geburt des Kindes erfolgte zu Hause, später fielen den Eltern keine Besonderheiten auf, diagnostische Klärung erfolgte nicht. Der einjährigen Zurückstellung von der Einschulung folgte die Aufnahme in die Hauptschule, deren Aufgaben das Kind hauptsächlich aufgrund sprachlicher Mängel nicht schaffte. Das Kind wurde nach einem Jahr in die Sonderschule für Lernbehinderte umgeschult (die auch der Bruder besucht) und kam zwei Jahre später von dort wegen intellektueller Mängel in die Sonderschule für Praktisch Bildbare. Dabei ist das Kind durchaus förderungs- und bildungsfähig, erfährt aber infolge der schlechten sozialen Verhältnisse keine Förderung aus dem häuslichen Milieu,

die einzige Chance dieses Kindes liegt in der Hilfe und Unterstützung durch die Schule. Wie die TBGB zeigt, liegen die Leistungen dieses Kindes über dem Durchschnitt gleichaltriger Geistigbehinderter, so daß die Förderung erfolgversprechend ist. Der Mangel an Einsicht und Initiative der Eltern verlagert alle Erwartungen in Richtung Schule.

Eine seltene Ausnahme liegt im Fall 18 vor: Es gelang bei der Aufnahme in die Schule für Praktisch Bildbare nicht, das Kind im Alter von 7 Jahren in der Schule zu halten. Aggressivität und Weglaufen gefährdeten das Kind, und zunächst wurde auf den weiteren Schulbesuch verzichtet. Wiederholte Einschulungsversuche im Laufe mehrerer Jahre schlugen fehl, und erst 5 Jahre später konnte der regelmäßige Schulbesuch beginnen. Allerdings handelt es sich auch hier um ein interesseloses häusliches Milieu.

Die Tendenz geht zur Früherfassung geistig behinderter Kinder und damit zur frühzeitigen Einschulung in die dem intellektuellen Defizit angemessene Schulform. Die Studie zeigt bei geistig behinderten Mädchen deutlicher als bei Knaben, daß das Einschulungsalter sinkt, d. h., Zurückstellung oder mehrfacher Schulwechsel werden seltener. Eindeutige Unterschiede zwischen dem Einschulungsalter der Kinder aus dem Stadtgebiet und dem Landkreis ergeben sich nicht, dafür mag unter anderem die optimale Lösung des Transportproblems von der Wohnung zur Schule und zurück infragekommen.

In den meisten Fällen lebt in einer gesunden Familie nur ein Kind mit geistiger Behinderung. Diese Kinder werden in der Regel später erfaßt und der adäquaten Schulform zugeführt als Kinder aus bereits als intellektuell und sozial defizitär bekannten Familien. Beispielsweise stammt das einzige zum regulären Einschulungszeitpunkt direkt in die Schule für Praktisch Bildbare aufgenommene Kind (Fall 38) aus einer durch geistigen Entwicklungsrückstand belasteten Familie. Der 4 Jahre ältere, ebenfalls geistig behinderte Bruder kam erst im 8. Lebensjahr in diese Schule.

Vergleichsweise spät wurden 4 Kinder einer Familie aus schlechten sozialen Verhältnissen eingeschult:

Die Mutter ist Analphabetin und hält ihre Kinder für „normal“. Sie hatte zwei Aborte und fünf Lebendgeburten, von denen zum Zeitpunkt der Untersuchung 2 Mädchen (Fall 13 und 16) und 2 Knaben (Fall 32 und 39) seit dem 8. bis 10. Lebensjahr die Sonderschule für Praktisch Bildbare besuchen, nachdem die Einschulung in Grund- bzw. Lernbehindertenschulen keine Erfolge zeigte. An dieser Familie werden die Auswirkungen von Milieuschäden auf Kinder deutlich, die, soweit aus dem Ergebnis der TBGB hervorgeht, erheblich in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit über dem Durchschnitt gleichaltriger geistig behinderter Kinder liegen, und deren frühzeitig beginnende Förderung vermutlich erfolgsversprechend gewesen wäre. Bei an dieser Stelle vorweggenommen, daß das jüngste Kind dieser Familie zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits seit einem Jahr von der Einschulung zurückgestellt und in das milieuschwache Elternhaus zurückgeschickt wurde.

In schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen lebt eine weitere Familie, deren zwei älteste Kinder (Fall 7 und 27) im 9. Lebensjahr in eine Schule für praktisch Bildbare aufgenommen wurden: Der Knabe ist 9 Monate älter als seine Schwester, nach mißlungener Einschulung in die Grundschule wurde der IQ mit 30 ermittelt, die Beschulung aufgeschoben und fast 3 Jahre später die Aufnahme in die dem intellektuellen Defizit angemessene Förderungseinrichtung nachgeholt. Der Leistungsstand des Jungen liegt in der TBGB erheblich unter dem Niveau gleichaltriger geistig behinderter Knaben. Die nur wenig jüngere Schwester (Fall 7) erlebte die gleichen Ein- und Umschulungsvorgänge wie ihr Bruder, übertrifft aber nach dem Ergebnis der TBGB in ihrem Leistungsprofil 50 % gleichaltriger geistig behinderter Kinder, so daß zwischen den Geschwistern unterschiedliche Leistungs- und Förderungsfähigkeit vorliegt. Die schwere Beeinträchtigung der Individualentwicklung durch schlechteste sozio-ökonomische Verhältnisse wird an beiden Kindern gleichermaßen deutlich. Darüber hinaus leben in diesem

Milieu weitere 7 Geschwister, deren Geburten in kurzem Abstand aufeinander folgten. Ohne verbindliche Prognosen aufzustellen, scheint es der Versuchsleiterin wahrscheinlich, daß ohne wesentliche Besserung der häuslichen Situation weitere Kinder dieser Familie eine Schule für Geistigbehinderte besuchen werden.

b) Wurden diagnostische Maßnahmen zur Klärung der Ursache der geistigen Behinderung durchgeführt?

Die Frage, ob klärende Untersuchungen im Hinblick auf die Ursache der geistigen Behinderung der Probanden durchgeführt wurden, beantworteten entweder die Eltern im persönlichen Gespräch, auf den Fragebogen für Eltern oder die Frage wurde aus der Schulakte und, wenn vorhanden, aus Krankengeschichten beantwortet. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß alleinige Vorstellung des geistig behinderten Kindes z. B. bei einem Hals-Nasen-Ohren-Facharzt oder einem Schulpsychologen nicht als ausreichend umfassende Diagnostik anzusehen ist.

Auf Therapie, Therapieversuche oder Ausweichen auf Randgebiete der Medizin (Frischzellenbehandlung im Fall 1, Homöopathie im Fall 6) soll in dieser Studie nicht eingegangen werden. Gerade Zuflucht der Eltern zu Letzteren zeigt, wie unsicher, verlassen und hilfsbedürftig sie in bezug auf die geistige Behinderung ihres Kindes sind.

Von 22 weiblichen Probanden wurden 8 einmal oder mehrfach ambulant fachärztlich bzw. klinisch meist in interdisziplinärer Zusammenarbeit untersucht. Bei 28 männlichen Probanden wurde in 10 Fällen die Klärung der geistigen Behinderung angestrebt, in 18 Fällen unterblieben diagnostische Maßnahmen. Von insgesamt 50 geistig behinderten Kindern im Alter zwischen 7 und 15,10 Jahren wurden 32 nicht dem Versuch der diagnostischen Klärung ihrer Behinderung unterzogen. Die Gründe sind vielfältig:

Zunächst zeigt das Ergebnis der Eigenuntersuchung die enge Korrelation zwischen Herkunft der Probanden aus einem milieuschwachen Elternhaus und unterlassener bzw. unzureichender Diagnostik. So kommen 16 nicht oder ungenügend untersuchte Probanden aus schlechten sozialen Verhältnissen, 12 stammen aus einfachem sozialem Milieu, und nur 4 Kinder leben in guten häuslichen Verhältnissen. Der Versuch, die Ursache der geistigen Behinderung ihres Kindes klären zu lassen, ist für die Eltern schwierig und zeitraubend. Er erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative, Konsequenz und Information von den Eltern. Speziell Familien mit niedrigem Lebensstandard sind damit überfordert, hier sind nach eigener Anschauung Probleme wirtschaftlicher Art vordringlicher. Oft fehlte auch die Erkenntnisfähigkeit der Eltern mit niedrigem intellektuellem Niveau, daß eines oder mehrere ihrer Kinder geistig behindert ist, deshalb wurden keine Untersuchungen durchgeführt. So hält eine Mutter, die selbst Analphabetin ist, ihre vier ältesten Kinder (alle Schüler der Schule für Praktisch Bildbare) für normintelligent und ihre Einschulung in die August-Fricke-Schule für ungerecht.

Emotionaler Ablehnung diagnostischer Maßnahmen „Das Kind soll keine weißen Kittel sehen“ (Großeltern von Fall 18) oder „Unser Kind ist kein Versuchskaninchen“ (Fall 47) kann nicht erfolgreich durch logische Argumente begegnet werden. Religiös gebundene Eltern bezeichneten im Gespräch mit der Versuchsleiterin die geistige Behinderung ihres Kindes als ihnen auferlegtes Schicksal, welches getragen, aber nicht geklärt werden muß. Bei den meisten Kindern wurde die Diagnostik ihrer geistigen Behinderung nicht durchgeführt, weil das Ausmaß des intellektuellen Mangels zu spät festgestellt wurde (im 6. bis 8. Lebensjahr) oder bei der Erstinformation den Eltern die Hoffnung auf Klärung der Ursache, Therapiemöglichkeit oder zumindest Förderungsmöglichkeiten ihres Kindes genommen wurde.

18 Probanden wurden ausreichender Diagnostik unterzogen, es gelang jedoch nur bei 10 Kindern, die kausale Genese ihrer Oligophrenie festzustellen.

Die Feststellung und Behandlung zusätzlicher Behinderungen (Sehstörung, Hörstörung, Sprachstörung) war bei mehreren Kindern unterlassen worden, obwohl die Symptome augenfällig waren: 8 Probanden waren in ihrer Sehfähigkeit deutlich behindert, Schielen und Kurzsichtigkeit schränkten die Sehfähigkeit so weit ein, daß die Items oft nur aus nächster Nähe erkannt wurden. Diese zusätzlichen Handicaps vermindern die Leistungsfähigkeit geistig behinderter Kinder zusätzlich, weil Erkennen und Wahrnehmen von Reizen der Umwelt nur in geringem Maße möglich ist. (Fall 5, 7, 12, 23, 36, 37, 44, 47). Im Fall 39 war die Korrektur des Sehfehlers unzureichend. Schwere sprachliche Behinderungen, die die Kommunikationsfähigkeit des Kindes mit der Umwelt beeinträchtigen, sind nur in Einzelfällen abgeklärt und behandelt worden.

Angeborene oder früh auftretende sichtbare Anomalien (Hüftdysplasie, Hydrocephalus, Hodenhochstand) sind bei den betroffenen Probanden frühzeitig erkannt und behandelt worden. Dagegen sind Kinder mit chronischen Erkrankungen (Verdacht auf Hypothyreose, Fall 3, Verdacht auf Herzfehler, Fall 10, Verdacht auf Verdauungsinsuffizienz, Fall 4) bisher nicht untersucht bzw. behandelt worden. Bei 3 Kindern aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen war die Unterernährung gravierend. Störungen der Grob- und Feinmotorik ohne körperliche Anomalien wurden nur in wenigen Fällen erkannt und in Form senso-motorischer Übungsprogramme behandelt. Von 11 in ihrer Motorik erheblich behinderten Probanden war in zwei Fällen den Eltern die athetoide Bewegungsstörung bekannt, jedoch ohne therapeutische Konsequenzen.

Untersuchung und Beratung durch ein Humangenetisches Institut wurde nur in einem Fall (Fall 22) in Anspruch genommen, allerdings erst, nachdem in der Familie ein weiteres schwerst geistig behindertes Kind geboren wurde.

c) Handelt es sich um Ein- oder Mehrfachbehinderung?

Die Schulakte jedes Kindes enthielt in der Regel keinen Vermerk über vorliegende Ein- oder Mehrfachbehinderung. Anamnestische Daten aus der Schulakte und die Angaben der Eltern sowie Beobachtung des Probanden durch die Versuchsleiterin waren ergiebig in bezug auf vermutete Ursachen, Untersuchung und Behandlung der Behinderung. Die geistige Behinderung war durch verschiedene Testverfahren (HAWIK, Binet-Kramer) ermittelt worden, die IQ-Werte (soweit sie mit Hilfe der obengenannten Testverfahren festgestellt werden konnten) lagen zwischen 30 und 81 (18 Probanden), sonst fanden sich in der Schulakte Vermerke wie: Schwachsinn einfachen, mittleren oder schweren Grades, Imbezillität (14 Probanden), Idiotie (2 Probanden: Fall 22, 27), geistiger Entwicklungsrückstand (Fall 19) und in drei Fällen "geistige Behinderung bei familiärer Belastung" (Fall 13, 24, 38).

Aus der Anamnese der Probanden kommen als kausale Faktoren für die geistige Behinderung folgende Ursachen infrage:

6 Frühgeborene (Fall 4, 7, 12, 28, 29, 30)

davon: 1 Hyperbilirubinämie (Fall 30)

1 zusätzliche Meningoencephalitis
(Fall 29)

1 Mikrocephalie (Fall 12)

1 hypotrophes Neugeborenes (Fall 42)

2 Hyperbilirubinämien (Fall 43, 50)

1 Hydrocephalus (Fall 34)

2 Cerebralparesen (Fall 6, 37)

2 Mikrocephalien (Fall 1, 22)

3 Zustand nach entzündlichen Veränderungen des ZNS
(Encephalitis Fall 45, Meningitis Fall 9, Meningo-
encephalitis Fall 25)

10 Geburtstrauma und Asphyxie (Fall 10, 14, 15, 18, 20,
21, 36, 44, 47, 48)

4 geistige Behinderung infolge Krampfleiden unbekannter
Ätiologie

3 geistige Behinderung bei familiärer Belastung

16 geistige Behinderung unklarer Genese

Es muß nochmals einschränkend betont werden, daß bei 32 von 50 Probanden der Versuch diagnostischer Klärung der Behinderungsursache nicht oder unzureichend erfolgte und der vermutete Zusammenhang zwischen individueller Anamnese und geistiger Behinderung von der Verfasserin aufgestellt wurde.

Tabelle XII

Vermutete Ursache der geistigen Behinderung
Probanden

6	Frühgeborene
1	hypotrophes Neugeborenes
2	Hyperbilirubinämie
10	Geburtsstrauma, Asphyxie
2	Mikrocephalie
1	Hydrocephalus
3	Meningitis, Encephalitis
4	Krampfleiden, unbekannter Ätiologie
2	Cerebralparese
3	geistige Behinderung bei familiärer Belastung
16	geistige Behinderung unbekannter Genese
50	

Wie schon erwähnt, sind Angaben über Ein- oder Mehrfachbehinderung des Probanden nicht ohne weiteres aus der Schulakte zu entnehmen. Aus der zusammenfassenden Beurteilung von Anamnese, schulärztlichem Untersuchungsbogen, persönlicher Beurteilung durch die Versuchsleiterin sowie - soweit vorhanden und einsehbar - klinischen Krankengeschichten ergibt sich, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der 50 Probanden mehrere Behinderungsarten vorliegen: 41 Probanden sind mehrfachbehindert: 19 Mädchen und 22 Knaben.

9 einfach (geistig) behindert: 3 Mädchen und 6 Knaben.

Die Anamnese Einfachbehinderter ergibt:

Asphyxie in 3 Fällen (Fall 15, 21, 48)

Frühgeburt und Hyperbilirubinämie in 1 Fall (Fall 30)

Geistige Behinderung bei familiärer Belastung in 2 Fällen und bei 8 Probanden keine ursächlichen Faktoren.

Die Zahl einfachbehinderter Probanden würde sich vermutlich nach eingehender fachärztlicher Untersuchung, die zusätzliche Handicaps aufdeckt, vermindern.

Die Mehrfachbehinderung tritt in den verschiedensten Kombinationen, von der Zwei- bis zur Fünffachbehinderung auf. Das Leistungsprofil mehrfachbehinderter Probanden war stärker beeinträchtigt als der Summe einzelner Behinderungsfaktoren entsprach, d. h., es bestehen zusätzliche Beziehungen zwischen den einzelnen Behinderungen.

Tabelle XIII

Durchschnittliches Testprofilergebnis der TBGB

<u>Behinderung</u>	<u>Probanden</u>	<u>Standard-Wert T</u>
Einfachbehinderung	9	51,4
Zweifachbehinderung	11	52,4
Dreifachbehinderung	23	49,9
Vierfachbehinderung	5	49,8
Fünffachbehinderung	2	41,5

d) Welche Behinderungskombinationen liegen im Fall der Mehrfachbehinderung vor?

Von den 50 Probanden dieser Studie wiesen 41 (82 %) Mehrfachbehinderungen auf, 9 geistig behinderte Kinder (18 %) ließen keine zusätzliche Behinderung erkennen. Eine typische Behinderungskombination bei Geistigbehinderten fand sich nicht, zusätzlich zur geistigen Behinderung wurden festgestellt: Sehstörungen, Hörstörungen, Sprachstörungen, Krampfleiden, Körperbehinderung, Verhaltensstörungen, Autismus, Milieuschäden, cerebrale Bewegungsstörung. Weitere Aufschlüsselung der einzelnen Behinderungen (z. B. Sprachstörung in Stottern, Stammeln, Lispeln, Lallen, verwaschene Sprache) vervielfältigt die Zahl möglicher Behinderungskombinationen.

Tabelle XIV

Probanden	Knaben	Mädchen	Behinderung
9	6	3	Einfachbehinderung
41	22	19	Mehrfachbehinderung
davon:			
11	6	5	Zweifachbehinderung
23	12	11	Dreifachbehinderung
5	4	1	Vierfachbehinderung
2		2	Fünffachbehinderung

Der im Vergleich zu den Angaben der Literatur verhältnismäßig niedrige Anteil zusätzlicher Behinderungen liegt wohl eher daran, daß nicht frühzeitig ausreichende fachärztliche Untersuchung der Probanden erfolgt war. Schwere sprachliche Behinderungen wurden bei 19 Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung gefunden, ein Kind war nach erfolgter Sprachheilbehandlung jetzt nicht mehr auffällig (Fall 30). Insgesamt lag also bei 38 % der untersuchten geistig behinderten Kinder eine schwere sprachliche Behinderung vor,

dabei wurden leichtere Formen von Sprachstörungen wie verwaschene Sprache, Kleinkindsprache, Agrammatismus u. a. nicht berücksichtigt (21 Probanden).

Tabelle XV

Anteil der häufigsten zusätzlichen Behinderung

<u>Behinderung</u>	<u>Probanden</u>	<u>Prozentualer Anteil</u>
schwere Sprachbehinderung	19	38 %
leichte Sprachbehinderung	21	42 %
Krampfleiden	15	30 %
Milieuschäden	12	24 %
Sehstörungen	10	20 %
Verhaltensstörungen	6	12 %
Körperbehinderung	5	10 %
Bewegungsstörung	5	10 %
Autismus (Verdacht)	2	4 %

Auffallend hoch scheint der Verfasserin der Anteil der Milieuschäden an den gefundenen Behinderungskombinationen. Es muß dabei berücksichtigt werden, daß acht Geschwister aus drei "milieuschwachen" Familien in die Studie eingegangen sind und die Gesamtbeurteilung negativ beeinflussen.

Tabelle XVI

Behinderungskombinationen bei 41 mehrfachbehinderten Probanden

<u>Probanden</u>	<u>Behinderungskombination</u>
5	G.B., Milieuschaden
4	G.B., Sprachstörung
1	G.B., Krampfleiden
1	G.B., Körperbehinderung
3	G.B., Milieuschaden, Sprachstörung
1	G.B., Krampfleiden, Sprachstörung
2	G.B., Krampfleiden, Verhaltensstörung
1	G.B., Krampfleiden, Sehstörung

2	G.B., Krampfleiden, Spastiker
2	G.B., Seh- und Sprachstörung
1	G.B., Seh- und Verhaltensstörung
1	G.B., Sehstörung, Körperbehinderung
1	G.B., Sehstörung, Spastiker
1	G.B., Sprachstörung, Athethose
1	G.B., Krampfleiden, Körperbehinderung
2	G.B., Krampfleiden, Sprachstörung
1	G.B., Krampfleiden, Mikrocephalie
1	G.B., Bewegungsstörung, Mikrocephalie
1	G.B., Milieuschaden, Verhaltensstörung
1	G.B., Milieuschaden, Sehstörung
1	G.B., Sprachstörung, Autismus
1	G.B., Sprachstörung, Autismus, Verhaltensstörung
1	G.B., Milieuschaden, Sprachstörung, Krampfleiden
2	G.B., Sprachstörung, Sehstörung, Verhaltensstörung
1	G.B., Sehstörung, Krampfleiden, Körperbehinderung
1	G.B., Sehstörung, Sprachstörung, Krampfleiden, Milieuschaden
1	G.B., Sehstörung, Sprachstörung, Krampfleiden, Cerebralparese, Mikrocephalie

Aus der Tabelle geht hervor, daß sowohl Einfach- als auch Fünffachbehinderungen bei geistig behinderten Kindern selten sind, Zwei- und Dreifachkombinationen verschiedenster Behinderungen überwiegen.

6. Zur Situation der Familien mit geistig behinderten Kindern

a) Erfahrungen aus Gesprächen mit Eltern geistig behinderter Kinder

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten 22 Eltern persönlich befragt werden, 28 Eltern entschieden sich für ausschließliche Beantwortung eines Fragebogens.

Die Mutter eines geistig behinderten Kindes nimmt meist die Schlüsselposition für Versorgung, Pflege und Entwicklungsmöglichkeit ihres Kindes ein. Ihre emotionale Bindung innerhalb der Familie an das Kind ist am stärksten ausgeprägt. Wenn die Schwangerschaft mit der Geburt eines behinderten Kindes endet, entsteht eine Diskrepanz zwischen „Wunschkind“ und Realität, und es beginnt ein ständiger Entwicklungs- und Anpassungsprozeß zwischen Mutter bzw. Familie und dem geistig behinderten Kind. In den Gesprächen mit den Eltern kamen vor allem die Schwierigkeiten der Mütter in der Annahme ihres Kindes zum Ausdruck: Von übertriebener Liebe, krankhafter Gleichgültigkeit oder Abwehrhaltung bis zu quälenden Selbstvorwürfen kann die Haltung der Mutter zum geistig behinderten Kind geprägt sein. Geistige Behinderung kann verschieden stark ausgeprägt sein, und die Prognose ist durchaus nicht aussichtslos, d. h., es kann eine große Spannbreite schulischen und sozialen Erfolges bestehen, wenn eine dem intellektuellen Defizit angemessene Förderung geschieht, die in den ersten Lebensjahren bei den befragten Eltern ausschließlich zu Lasten der betroffenen Familien ging. Die Eltern sind durch das Schicksal des Kindes schwer betroffen, ihre Belastungen und Sorgen dauern lebenslang im Sinne „chronischer Sorge“ nach Olshansky. 20 von 22 Eltern gaben ihrer Sorge um die Zukunft des Kindes nach ihrem Tode spontan Ausdruck. Nach ihrer Meinung sollten gesunde Geschwister später nicht mit der Versorgung des geistig behinderten Kindes belastet werden. Die Auswirkungen der Geburt eines geistig behinderten

Kindes scheinen der Verfasserin gravierender, wenn es sich um das erste Kind der Familie handelt, während es als drittes oder viertes Kind in einer Geschwisterreihe besser toleriert wird. Der Schock ist für einige Eltern unüberwindlich, sie verzichten auf weitere gesunde Kinder. Als Beispiel dient Fall 31: Das einzige Kind, ein Knabe, ist geistig behindert, und es besteht trotz gutem Informationsstand der Eltern eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem theoretischen Verständnis und dem Wunschdenken der schulehrgeizigen Eltern in bezug auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit des Kindes mit dem Ergebnis schwerer innerfamiliärer Auseinandersetzungen. Vor allem die Mutter des Jungen braucht Rat und Hilfe in erster Linie für sich selbst, weniger für das Kind, das als gesteuertes Objekt behandelt wird und sich aggressiv dagegen wehrt.

Das Annehmen des geistig behinderten Kindes durch die Eltern ist ein fortlaufender Prozeß, der verschiedene Stadien durchläuft: Mehrere Eltern berichteten, daß sie die Behinderung ihres Kindes zunächst nicht wahrhaben wollten und unfähig waren, nach dem ersten Schock der Realität ins Gesicht zu sehen. Allmählich beginnt dann die Anpassung mit teilweisem Akzeptieren des „Makels“, der jedoch der Umwelt noch längere Zeit verborgen wird. Einige Kinder werden in diesem Stadium von einem Arzt zum anderen gebracht, und die Eltern suchen außer Hilfe für das Kind schließlich auch nach einem Schuldigen (Arzt, Lehrer, verständnislose Umwelt oder Institutionen) für die Behinderung. Die Schilderung dieser Periode wurde von den Eltern im Fall 1 und 6 besonders anschaulich gegeben. Zweifel an der Mitteilung aller konsultierten Spezialisten brachte die Eltern schließlich zur Zuflucht in Randgebiete der Medizin: im Fall 1 nahmen die Eltern Kosten und weite Fahrten auf sich, um ihrem Kind Frischzellentherapie zu ermöglichen, von der sie meinen, das Kind würde aufgeweckt und leistungsfähig. Die Mutter des Kindes Fall 6 setzte selbständig die verordnete antikonvulsive Therapie ab und behandelt das Mädchen mit zahlreichen homöopathischen Medikamenten.

Die schweren, von der Verfasserin beobachteten Krampfanfälle des Kindes ignoriert sie und leugnet die schwerste geistige Behinderung: „Den Geist zum Lernen hätte das Kind ja, wenn nur erst die Krampfanfälle aufhören“.

Völlig gegensätzlich war die Haltung einer anderen Mutter, die selbst Analphabetin ist, und deren vier Kinder die Schule für Praktisch Bildbare besuchen: Infolge eigener intellektueller Mängel ist sie nicht in der Lage, die geistige Behinderung ihrer Kinder zu erkennen. Gegenüber der Versuchsleiterin äußert sie: „Ich weiß nicht, was das Gerede soll, meine Kinder sind alle so normal wie Sie und ich“. Die Familie lebt in schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen, und es erhebt sich nach dem Ergebnis der TBGB der Kinder (Fall 13, 16, 32, 49) tatsächlich die Frage, ob es sich hier um sogenannte „Pseudodebilität“ infolge Milieuschäden handelt, so daß rechtzeitige Beratung der Eltern, Erkennung und Förderung der Behinderung ausichtsreich gewesen wäre (bei 3 Familien liegen ähnliche Verhältnisse vor).

Zwischen den Extremen: Nichterkennen-Können und Leugnen der Realität gibt es eine große Spanne verschieden erfolgreicher Anpassung an die Situation: Die Familie akzeptiert nach unterschiedlich langer Zeit die geistige Behinderung und fördert das Kind nach Möglichkeit. Die Gefahr sozialer Isolation wird meist aus eigener Kraft oder mit Hilfe verschiedener Institutionen überwunden, es wird wieder der Kontakt zu Nachbarn und Verwandten aufgenommen. Die Einrichtungen der Aktion „Lebenshilfe für das behinderte Kind“ sind Angebote an die betroffenen Familien, die nach den Angaben der Eltern eher in Anspruch genommen werden als zum Beispiel konfessionelle Einrichtungen.

Schließlich zeigten die Gespräche, daß einigen Eltern die geistige Behinderung ihres Kindes scheinbar gleichgültig war, sie wurde schicksalhaft ohne Diagnostik, Therapie oder außerschulische Förderung hingenommen.

Soweit in den Gesprächen zu erfahren war, lag die Ursache für diese Einstellung in der Erstinformation der Eltern: "Bei Ihrem Kind ist nichts zu machen", die durch ihre Hoffnungslosigkeit zur Resignation führte oder in der Interessenlosigkeit der Familie. Von 50 Eltern zeigten 19 kein Interesse an der geistigen Behinderung ihres Kindes, 30 Eltern waren mehr oder weniger interessiert, die Eltern eines Kindes (Fall 26) konnten nicht befragt werden (Suicid beider Eltern). Das Interesse der befragten Eltern stand in engem Zusammenhang mit ihren sozialen Verhältnissen: 15 Probanden (6 Mädchen und 9 Knaben) kamen aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen, 2 weitere Probanden ebenfalls (Fall 2, 26), leben aber z. Zt. in Heimen, da die Eltern des Kindes Fall 26 verstorben sind (Suicid) und die Eltern des Kindes Fall 2 mit unbekanntem Aufenthalt verzogen sind.

Tabelle XVII

Soziales Milieu der Probanden

- 20 Probanden = gut bis sehr gut
- 13 Probanden = einfach
- 17 Probanden = schlecht

Insgesamt zeigte die Studie, daß sogenannte "milieuschwache" Familien wenig oder kein Interesse für die geistige Behinderung ihrer Kinder zeigen. Eltern, die in materiell ausreichenden und familiär geordneten, aber einfachen Verhältnissen leben (13 Familien), zeigen im Durchschnitt etwas weniger Interesse an der Behinderung ihres Kindes als Familien in guten sozio-ökonomischen Verhältnissen. Vor allem jüngere Mütter aus gehobeneren sozialen Schichten engagierten sich für ihre Kinder und kritisierten häufig Mängel in der Betreuung geistig behinderter Kinder: Mangelnde ärztliche und institutionelle Zusammenarbeit, das Fehlen vor- und nachschulischer Förderungseinrichtungen für Sonderkinder, unzureichende Erkennung und Therapie von Mehrfachbehinderungen sowie Kritik an unzureichender

finanzieller Unterstützung und mangelhaften Wohnraumverhältnissen wurden am häufigsten angeführt.

Die Mehrzahl der Eltern (42 Familien) empfinden den Besuch der Schule für Praktisch Bildbare als positiv für die Förderung ihres geistig behinderten Kindes. Fünf schulehrgeizige und prestigebedachte Väter sind jedoch der Meinung, daß ihr Kind so bald wie möglich in eine „normale“ Schule umgeschult werden soll. Hier wurde von der Verfasserin nicht der Versuch gemacht, während des Gespräches den Eltern die Realität und das Ausmaß der geistigen Behinderung ihres Kindes zu konkretisieren, es wurde aber deutlich, daß noch intensive Bemühungen nötig sind, um diesen und anderen Eltern die für die weitere angemessene Förderung des Kindes notwendige Einsicht in die geistige Behinderung zu vermitteln.

Auch für Eltern, die das intellektuelle Defizit ihres Kindes richtig einschätzen und das geistig behinderte Kind akzeptieren und in die Familie integrieren, ist es schwer, den mit dem Heranwachsen des Kindes im Vergleich mit gesunden Alterskameraden zunehmenden Mangel der intellektuellen Entwicklung zu verstehen und zu tolerieren, ohne sich emotional vom Kinde zu distanzieren. Eine Mutter drückte es so aus: „Wenn sie klein sind, fällt die Behinderung noch nicht so auf, aber wenn sie größer werden, sieht es jeder, und am schlimmsten sind die Leute...“.

Geschwister geistig behinderter Kinder zeigten im wesentlichen zwei unterschiedliche Verhaltensweisen im Umgang mit dem Sonderkind: Ältere Geschwister hatten nach längerer Zeit ihre unterschiedlich intensiven Versuche, dem behinderten Kind „Normalverhalten“ beizubringen, aufgegeben, sie tolerierten und umsorgten das Kind geduldig und liebevoll. Jüngere Geschwister, d. h., Kinder, die nach dem geistig behinderten Kind geboren wurden, waren dagegen in ihrer Toleranz gegenüber dem geistig behinderten Geschwisterkind eingeengt. Ablehnung oder spürbare Aggressivität waren die Folgen, vermutlich ausgelöst durch

die besondere Beziehung der Mutter zu ihrem behinderten Kind, die sich in verstärkter Zuwendung und emotionaler Bindung äußerte und jüngere Geschwister „zu kurz kommen“ ließ (Zitat einer Mutter).

Praktisch lebenslange starke Belastungen der Familie durch die Geburt und das Heranwachsen eines geistig behinderten Kindes vermag die Eltern nicht zur Heimunterbringung ihres Kindes zu bewegen. Dieses Bekenntnis zum Kind wurde ausnahmslos in allen sozialen Schichten gefunden. Im Rahmen der Studie fand sich bei zwei Familien eine so weitgehende Zerrüttung, daß die betreffenden Kinder in Heimen aufwachsen mußten (Fall 2, 28). Ein Kind kam nach dem Tod beider Eltern in ein Heim, und die Heimunterbringung eines fast erwachsenen, schwer geistig behinderten Kindes ist geplant, da mangelnder Triebverzicht bei körperlicher Reife zur Gefahr für das Mädchen wird.

Fürsorge, Pflege und „chronische Sorge“ belasten in der Familie hauptsächlich die Mutter, sie ist mit ihrem behinderten Kind emotional eng verbunden und identifiziert sich mit ihm. In den Gesprächen wurde deutlich, daß kleinste Fortschritte des Kindes als Belohnung von der Mutter empfunden werden, sie wirken anspornend und verhindern die Resignation der Eltern.

b) Auswertung der Fragebogen für Eltern

Um über eine Reihe interessierender Fragen im Rahmen dieser Studie von den Eltern aller Probanden verwertbare Auskunft zu erhalten, wurde der bereits bei der Befragung von Eltern mongoloider Kinder angewandte Fragebogen mit einem Katalog von 12 Fragen jedem Elternpaar vorgelegt. Von 50 Fragebogen konnten 41 ausgewertet werden, sie betrafen 17 weibliche und 24 männliche Probanden. Drei Fragebogen wurden nur im Ansatz beantwortet (Fall 9, 20, 33), in zwei Fällen konnten die Eltern nicht um die Beantwortung gebeten werden, da die Kinder in Heimen leben (Fall 2, 26).

Zwei Fragebogen kamen nicht wieder zurück, und eine Mutter war nicht in der Lage, als Analphabetin den Fragebogen auszufüllen. Im Fall 30 kam der Fragenkatalog mit folgendem Begleitbrief des Vaters zurück:

„Ich weiß nicht, was ich auf dem Fragebogen ausfüllen soll, da mein Sohn Peter in gewissem Sinne ja nicht krank ist, sondern eben nur etwas mehr als andere Kinder in seiner geistigen Entwicklung zurückgeblieben ist“.

Der Fragebogen für Eltern enthält folgende Fragen:

1. Wie alt war das Kind, als Ihnen die Diagnose mitgeteilt wurde?
2. Wer teilte Ihnen die Diagnose mit?
3. Waren Sie mit der Art der Mitteilung zufrieden?
Wenn nicht, warum?
4. Haben Sie diese Person (Arzt, Hebamme, Pfarrer) weiterhin um Rat gefragt?
5. An wen wandten Sie sich, wenn Sie Probleme in der Erziehung Ihres Kindes hatten?
6. Wann sollte Ihrer Meinung nach den Eltern die Diagnose mitgeteilt werden? Und wie?
7. Erhielten Sie Unterstützung von seiten Ihrer Verwandten und Nachbarn oder nicht?
8. Haben Sie sich um Heilung für Ihr Kind bemüht?
9. Wie alt war das Kind zu dieser Zeit? Bemühen Sie sich noch darum?
10. Hat sich Ihr Lebensstil nach der Geburt Ihres Kindes entscheidend geändert?
11. Würden Sie sich selbst als religiös bezeichnen?
(evangelisch, katholisch, freikirchlich, nicht kirchlich gebunden, gläubig oder nicht?)
12. Haben Sie mit Ihrem Kind besondere Erfahrungen gemacht, von denen Sie annehmen würden, daß sie auch anderen Eltern nützlich sein könnten?

Die Antworten der Eltern ergaben überwiegend Unzufriedenheit sowohl mit dem Zeitpunkt der Erstinformation als auch mit Art und Inhalt der ersten Mitteilung. Der verschieden lange Zeitraum seit dem ersten Gespräch zwischen Eltern und Arzt hat nichts an der fast ausnahmslosen negativen Beurteilung ärztlicher Aufklärung und Betreuung ändern können. Die Hoffnung, der Arzt könne durch frühzeitige Feststellung und Behandlung der Behinderung ihres Kindes sein Schicksal bessern, wurde in einigen Fällen brüsk enttäuscht. Eine Mutter berichtet: „Als mir der Arzt sagte, daß es für mein Kind keine Hilfe gebe, überfielen mich Trostlosigkeit und Verzweiflung, und seitdem hat mich die Sorge nie wieder verlassen“. Die Schilderungen der Erstinformationen durch die Eltern zeigten, wie mühsam ihr Weg war, bis sie oft erst spät effektive Untersuchung und Aufklärung fanden. Das erste Gespräch zwischen Arzt und Eltern eines geistig behinderten Kindes scheint nach den Angaben der Eltern meist unglücklich verlaufen zu sein, die Information war unzureichend oder unverständlich, die Aussichten wurden hoffnungslos dargestellt und jede menschliche Perspektive wurde vermißt. Damit war die kindheitslange Einheit: Eltern-Kind-Arzt von Beginn an blockiert, die Eltern fühlten sich in ihrer Not verlassen und zogen sich teilweise völlig von ärztlicher Betreuung zurück. Meist wurde von ärztlicher Seite keine Diagnose mitgeteilt, sondern Andeutungen wie: Spätentwickler, Langsamreifer, wird wohl keine normale Schule besuchen können, oder „Für solche Kinder gibt es Heime“ (Fall 1) geäußert. In einigen Fällen wurden den Eltern vermutete Ursachen wie Sauerstoffmangel während der Geburt, Hyperbilirubinämie oder verzögertes Wachstum einer Hirnhälfte (Fall 1) mitgeteilt, ohne über die Auswirkungen auf das Kind im Hinblick auf geistige Behinderung einzugehen.

Als Zeitpunkt der Erstmitteilung wurden folgende Lebensalter der geistig behinderten Kinder von den Eltern genannt:

1. Bei Geburt (Fall 10, 12)
2. Mit 4 1/2 Monaten (Fall 6)
3. Mit 6 Monaten (Fall 11, 23)
4. Mit 11 - 17 Monaten (Fall 9, 14, 25, 29, 43)
5. Mit 2 Jahren (Fall 4, 17, 31, 39)
6. Mit 3 Jahren (Fall 28, 41, 44, 45)
7. Mit 4 Jahren (Fall 1, 3, 22, 35, 47)
8. Mit 5 Jahren (Fall 18)
9. Mit 6 Jahren (Fall 7, 27, 34, 42, 46, 48, 50)
10. Mit 7 - 12 Jahren (Fall 8, 13, 16, 20, 21, 32, 36,
37, 38, 40, 49)

Bei der Frage nach Ratgebern bei Erziehungsproblemen gaben fünf Eltern ein- oder mehrmalige Kontakte mit Erziehungsberatungsstellen an, eine Familie nahm an Tagungen der Lebenshilfe teil (Fall 22). In allen anderen Fällen meinten die Eltern, mit den besonderen Problemen bei der Erziehung ihres geistig behinderten Kindes allein fertig zu werden. Eine Mutter fragte resignierend: „An wen soll man sich da wenden?“.

Aufschlußreich und übereinstimmend waren die Antworten auf die Frage: „Wann sollte Ihrer Meinung nach den Eltern die Diagnose mitgeteilt werden und wie?“. 33 Eltern antworteten: so früh und ausführlich wie möglich, ehrlich, ohne Umschweife, ohne Beschönigung, in passender Form, im persönlichen Gespräch. Ein Fragebogen enthielt die Bemerkung: „So früh wie möglich, und dann sollte erklärt werden, was das für die Familie bedeutet“ (Fall 46).

Die Frage nach Unterstützung für das behinderte Kind wurde für Verwandte von acht Eltern bejaht, für Nachbarn ausnahmslos verneint. Eine Antwort lautete: „Nein, höchstens negativ“. Ein Vater antwortete auf die Frage nach Hilfe bezeichnenderweise: „Ja, er wird von den Nachbarn anerkannt“.

Die Eltern der meisten Probanden bejahten die Frage nach Bemühungen um Heilung ihres Kindes (in 30 Fällen), zehnmal wurde die Frage unbeantwortet gelassen oder mit der Anmerkung „Es gibt keine“ versehen.

Die Zugehörigkeit zu konfessionellen Glaubensgemeinschaften ist nicht gleichbedeutend mit Gläubigkeit, insofern sind Antworten auf diese Frage nicht sicher verwertbar. Die Hilfe durch den Pfarrer wurde im Fall 10 spontan angegeben, drei Elternpaare betonten ihre religiöse Bindung, fanden aber keine Unterstützung von dieser Seite. Zitat: „Die Kirchengemeinde nimmt nicht Anteil an unserem Schicksal“ (Fall 22).

Abschließend wurde nach besonderen Erfahrungen der Eltern gefragt. Zusammenfassend lassen sich folgende Vorschläge darstellen:

1. Notwendigkeit frühestmöglicher Untersuchung und Behandlung, wenn nötig, Arztwechsel.
2. Erziehung des geistig behinderten Kindes zur Selbständigkeit.
3. Kontakte mit anderen Kindern, keine Isolation.
4. Keine Sonderstellung, sondern Integration in die Familie.

An dieser Stelle sollen die Antworten einiger Eltern zitiert werden:

„Das Kind muß wissen, daß die Familie für ihn da ist, um sich nicht verstoßen zu fühlen“ (Fall 11).

„Nicht die Geduld verlieren, wenn nötig, immer wieder von vorn anfangen“ (Fall 36).

„Das Kind mit all seinen Behinderungen annehmen, sich selbst die Behinderung eingestehen und soweit wie möglich fördern“.

c) Das Verhältnis der Umwelt zum geistig behinderten Kind

Behinderte Kinder stellen in der Gesellschaft eine Minderheit dar. Es ist damit zu rechnen, daß in der Bundesrepublik Deutschland jedes fünfzehnte bis sechzehnte Kind leichter oder schwer behindert ist. Die Rolle der behinderten Kinder in der Gesellschaft wird bestimmt vom Verhalten der Umwelt, von der Art der Behinderung und von der Einstellung der Familie zum Kind.

Der Begriff „behindertes Kind“ wurde erst in jüngster Zeit geprägt, er ersetzt eine Reihe als diskriminierend empfundener Bezeichnungen wie Epileptiker, Krüppel, Schwachsinniger. Durch die Aufklärungsarbeit der Massenmedien und die Initiative der Eltern behinderter Kinder ist der Informationsstand der Gesellschaft insoweit besser geworden, als auch die Bereitschaft, Informationen anzunehmen, zugenommen hat. Vorläufig erreichen aber sachliche Informationen über Behinderte nur wenige Interessierte, ablehnende Vorurteile gegenüber Behinderten sind bei Erwachsenen und gesunden Kindern noch häufig. Nach den Erhebungen von Stopp und Dannenberg bezeichneten Erwachsene als schwerste Behinderung den Schwachsinn, dann folgten Blindheit, Taubstummheit und Körperbehinderungen. Bei äußerlich sichtbaren Mißbildungen werden solche im Gesicht oder in Gesichtsnähe am wenigsten toleriert (Nasenscharte, Feuermal), dagegen wirkt der Verlust einer Gliedmaße nicht mindernd auf das Sozialprestige. Jurkat fand bei Volksschülern folgende Urteile über Hilfsschulkinder: faul, frech, streitsüchtig, dumm, in einer Häufigkeit dieser Eigenschaften von 85 % bis 70 %. Dagegen wurden nur 8 % bis 10 % der Hilfsschüler für höflich, gutmütig, ordentlich und sauber gehalten. Die Meinung der Hilfsschüler über Volksschüler war entgegengesetzt, sie hielten diese ihnen intellektuell überlegenen Kinder für: sauber, pünktlich, klug und fleißig. Vermutlich entstehen ablehnende Vorurteile und Stereotypen gegenüber Behinderten bereits in der Kleinkind- und frühen Schulzeit, sie werden von den Eltern übernommen und in der Folgezeit fixiert. Das Sozialprestige behinderter Kinder ist damit von vornherein ungünstig:

„Behinderte Kinder verkörpern für viele Menschen vielmehr uneingestandene Ängste und Befürchtungen, denen man nicht begegnen, vielmehr aus dem Wege gehen möchte" Nissen 1974. Diese Abwehrhaltung kann unbewußt entstehen, sie wird zu kompensieren versucht durch Angebote der Heimunterbringung (Isolation von der Gesellschaft) oder finanzielle Zuwendungen.

Die Eltern behinderter Kinder empfinden die Abwehrhaltung ihrer Umgebung, die sie oft in Außenseiterpositionen drängt. Zur Vermeidung oder Überwindung sozialer Isolation wünschen die Eltern die weitgehende Anpassung des geistig behinderten Kindes an die gesunde Umgebung, damit es möglichst wenig auffällt. Der Anpassungsprozeß wird erleichtert, wenn die Eingliederung des Kindes in die Familie erfolgt ist und die Mutter Überbehütungs- und Autoritätstendenzen aufgegeben hat. Entwicklung der Selbständigkeit des geistig behinderten Kindes in der Familie und soziale Kontakte zur Umwelt fördern Selbstwertgefühl und Leistungsfähigkeit und machen lebenslange Isolation in besonderen Anstalten überflüssig.

Die Bedeutung des Milieufaktors auf Anlage und Entwicklung von Intelligenz, Selbständigkeit, Tüchtigkeit und Anpassung ist unbestritten, obwohl über den Anteil von Milieuschäden bei geistig behinderten Kindern die Zahlenangaben in der Literatur unterschiedlich sind. Die meisten geistigen Behinderungen entstehen perinatal, und in den letzten Jahrzehnten wurde der bereits früher vermutete Zusammenhang zwischen Lebensstandard und Morbiditätsrisiko dieser Kinder nachgewiesen. Es zeigte sich, daß hohe perinatale Mortalität der Kinder aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen einhergeht mit hohem Risiko für die überlebenden Kinder, Hirnschäden und milieuresaktive Auswirkungen zu erleiden. Verschiedene Gründe für Milieuschäden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Lebensstandard werden diskutiert: Mangelernährung, Überbelastung der Mutter, mangelnde Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeeinrichtungen sowie ungenügende prä- und postnatale Betreuung (Baird 1953, Schonfield 1962, Hüter 1971). Nach Schlange (1975) stehen die sozio-ökonomischen Parameter „Berufsgruppe des Vaters" und „Größe des Wohnortes" in hochsignifikantem Zusammenhang

mit der Häufigkeit kindlicher Hirnschäden. Die Belastung sozial schwacher Familien mit wirtschaftlichen und sozialen Problemen sowie fehlende Einsicht und Bereitschaft zur Förderung geistig behinderter Kinder führen zu Vernachlässigung grundlegender altersspezifischer Bedürfnisse in bezug auf sprachliche Anregung, motorische Entwicklung und Sozialverhalten. Meyerowitz (1967) fand, daß Familien mit behinderten Kindern (IQ 60 - 85) arealweise in schlechten Wohngegenden und engen Wohnverhältnissen lebten und über geringes Einkommen verfügten. Die Informationsmöglichkeiten waren reduziert, und es bestand in den Familien Behinderter eine geringe soziale Stimulation.

Die vorliegende Studie bestätigt die Umwelteinflüsse für einen Teil geistig behinderter Kinder mit besonders starken Auswirkungen auf kinderreiche Familien in schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen. Die Auseinandersetzung der gesunden Umwelt mit als bedrohlich oder abstoßend empfundenen Behinderten erfolgte zeitweilig radikal in Form „Ausmerzungen lebensunwerten Lebens“, später mit der Isolation Geistigbehinderter in Heil- und Pflegeanstalten weit außerhalb des Lebensraumes der Gesellschaft. Der hohe Stellenwert von Intelligenz und Leistung in der Gesellschaft führen noch immer zu Ablehnung und Intoleranz gegenüber Geistigbehinderten.

Die Eltern geistig behinderter Kinder berichteten über ihre Erfahrungen beim Hineinwachsen ihres Sonderkindes in die gesunde Umwelt: Isolation, Ablehnung, Mitleid und im besten Fall Annahme des behinderten Kindes ohne Sonderstatus sind die Stadien erfolgreicher Anpassung. Vielen Eltern wurde zu irgendeinem meist frühen Zeitpunkt die Heimunterbringung ihres behinderten Kindes angeraten, aber von ihnen ausnahmslos abgelehnt. Das geistig behinderte Kind gewinnt mit fortschreitender Integration in die Familie zunehmende Unabhängigkeit von den Abwehrmechanismen der Umwelt. Durch altersentsprechende Aufklärung ist bei Kindern und Erwachsenen der Abbau von Vorurteilen anzustreben.

III. Diskussion der Eigenergebnisse im Hinblick auf notwendige Verbesserungen in der Förderung geistig behinderter Kinder

Der abschließende Vergleich der Ergebnisse der Eigenuntersuchung mit den Angaben aus der Literatur zeigt in einigen wesentlichen Punkten Übereinstimmung, in anderen deutliche Unterschiede, und hinsichtlich einiger grundsätzlicher Fragen werden Angaben in der Literatur vermißt. So wurden Angaben über Zeitpunkt und Umfang diagnostischer Maßnahmen zur Feststellung von Ursache und Ausmaß geistiger Behinderung kaum gefunden. Windszus (1972) berichtet, daß die Früherfassung behinderter Kinder unzureichend ist und für mehr als ein Viertel aller Behinderten ärztliche Behandlung versäumt wurde. Geistig behinderte Kinder wurden sogar nur in 58,4 % der Fälle behandelt.

In der vorliegenden Studie wurden von 50 Probanden nur 18 einer als ausreichend anzusehenden Diagnostik unterzogen. Übereinstimmung besteht hinsichtlich der beschränkten Möglichkeit, aus Anamnese, klinischen und biochemischen Untersuchungen die Ätiologie der Oligophrenie zu klären. Bei 40 bis 60 % aller untersuchten oligophrenen Kinder und Jugendlichen gelingt dies nicht (Moser 1971, Angeli und Kirmann 1972, Hanefeld und König 1974). Welche bisher noch unbekannten Faktoren für die Entstehung geistiger Behinderung infragekommen (genetische Syndrome, Stoffwechseldefekte), wird die weitere Forschung zeigen. Für die Mehrzahl nicht klassifizierbarer geistiger Behinderungen bei Kindern wird als ursächlich die Herkunft aus ungünstigen sozio-ökonomischen Verhältnissen angesehen. Die Angaben hierzu liegen zwischen 20 % und 22 % (Fischer und Sonder-sorge 20 %, Buchka 22 %), die Eigenuntersuchung ergibt einen Anteil milieugeschädigter Kinder von 24 %.

Nach Schlange (1975) besteht eine hochsignifikante Korrelation zwischen Hirnschaden und niedrigem Lebensstandard, und bereits 1969 wurde in der Perinatal Mortality-Study in England ein fünfzehnmal größeres Risiko der Kinder aus ungünstigen sozio-ökonomischen Verhältnissen gefunden,

später als geistig retardiert zu gelten als gleichaltrige Kinder aus höheren sozialen Schichten.

Die Eigenuntersuchungen zeigen, daß „milieuschwache“ kinderreiche Familien oft mehrere geistig behinderte Kinder haben, während sonst nur ein geistig behindertes Kind als Einzelkind oder mit gesunden Geschwistern in einer Familie lebt. Windszus (1972) fand bei 1025 Befragungen, daß 14 % bis 16 % der Geschwister geistig behinderter Kinder ebenfalls behindert sind.

Angaben über Behinderungskombinationen sind spärlich und widersprüchlich. Meist wird nur die geistige Behinderung erwähnt. Nach dem Ergebnis der eigenen Untersuchungen liegen bei 82 % geistig behinderter Kinder mehrere Behinderungen vor, isolierte geistige Behinderung wurde selten gefunden. Einschränkend ist die ungenügende oder unterlassene Diagnostik der Probanden zu erwähnen, so daß vermutlich die Zahl der Behinderungen zu niedrig angegeben ist. Im Rahmen einer Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ wurde bei 47,5 % der Geistigbehinderten mehrere Behinderungen angegeben, davon in 21,1 % der Fälle drei und mehr Behinderungsarten. Dagegen fanden Fischer und Sondersorge in 92 %, Buchka in 94 % Mehrfachbehinderungen. Obwohl typische Behinderungskombinationen nicht angegeben werden, sind in Kombination mit geistiger Behinderung am häufigsten Sprachbehinderungen zu finden. Die Eigenuntersuchung zeigt schwere sprachliche Behinderungen in 38 % der Fälle. In der Häufigkeit folgen Körperbehinderung und Sehbehinderung.

Die Feststellung von Mehrfachbehinderungen und die Kenntnis der Behinderungskombinationen sind bedeutungsvoll, da frühzeitige Erkennung und Beseitigung zusätzlicher Behinderungen (Sehstörung, Hörstörung, Sprachstörung) die Aufnahmefähigkeit des geistig behinderten Kindes verbessern kann.

Vorschulische Sondereinrichtungen wurden von den Probanden der Studie nicht besucht. Krankengymnastische Betreuung und Sprachförderung erfolgte nur in zwei bzw. sechs Fällen.

Von besonderem Interesse ist der Schulbesuch geistig behinderter Kinder: Die Eigenuntersuchung zeigt, daß geistig behinderte Kinder ein- oder mehrfach von der Einschulung zurückgestellt wurden, teilweise in nicht-adäquaten Schulen eingeschult, später umgeschult oder wegen Mangel an Schulplätzen in der Sonderschule für Praktisch Bildbare zunächst nicht aufgenommen werden konnten. Nach Windszus (1972) führt der Fehlbedarf an Sonderschulen dazu, daß nur knapp ein Drittel sonderschulbedürftiger Kinder die Sonderschule besuchen kann. Kunze et al. zeigten in ihrer Erhebung Unterschiede der schulischen Betreuung behinderter Kinder zwischen Groß- und Mittelstädten (83 % der Kinder in Sonderschulen) und auf dem Land bzw. in Kleinstädten (62 % der Kinder in Sonderschulen). Danach liegt der Anteil schulpflichtiger, aber nicht eingeschulter behinderter Kinder zwischen 17 % und 38 %. Die Eigenuntersuchung ergibt in der schulischen Betreuung geistig behinderter Kinder für Stadt- und Landkreis Kassel keine Unterschiede, eine Aussage über den prozentualen Anteil schulpflichtiger, aber nicht eingeschulter geistig behinderter Kinder ist nicht möglich.

Die Angaben in der Literatur und die eigenen Untersuchungen bestätigen die Tatsache, daß geistig behinderte Kinder häufiger in fortgeschrittenem Alter eingeschult werden. So fand Windszus, daß 30,9 % geistig behinderter Kinder im 7. Lebensjahr, 22,3 % im 8. Lebensjahr und 19 % im 9. Lebensjahr eingeschult wurden. Im Rahmen der Eigenuntersuchung fand die Verfasserin, daß die Einschulung der geistig behinderten Probanden in eine Sonderschule für Praktisch Bildbare fast ausnahmslos später als zu dem vom Gesetzgeber dafür vorgesehenen Zeitpunkt erfolgte. Dabei wird vorausgesetzt, daß Lernfähigkeit und Lernreife selbständig ablaufende Entwicklungsprozesse sind, die bis zum Schulalter erfolgt sein sollten.

Wird bei der Schulreifeuntersuchung die Schulfähigkeit des Kindes nicht bestätigt, erfolgt die Zurückstellung von der Einschulung, und damit wird wertvolle Zeit für den Lernreifevorgang verloren. Das gilt besonders für Kinder mit mangelnder äußerer Anregung, sie lernen nicht, sich intelligent zu verhalten und erscheinen dümmer als Gleichaltrige mit optimaler Anregung aus dem häuslichen Milieu. Zitat: „Das Lernen darf nicht den Einfällen und Zufälligkeiten der Umgebung überlassen bleiben, sondern gezieltes Lernen hat in frühester Kindheit einzusetzen“ (K. Josef 1971).

Es liegt nahe, für Geschwister geistig behinderter Kinder aus sozial schwachen, kinderreichen Familien gleiche Voraussetzungen für Sonderschulbedürftigkeit anzunehmen. Trotzdem sollte jede Pauschalierung von Urteilen über intellektuelle Mängel gerade dieser Kinder vermieden werden, um ungerechtfertigte Einschulung in Schulen für Praktisch Bildbare, die schon von einem oder zwei Geschwistern besucht werden, zu vermeiden. Erst nach eingehender Feststellung des intellektuellen Defizits kann die direkte Einschulung in Sonderschulen für Lernbehinderte oder Praktisch Bildbare erfolgen. Die Eigenuntersuchung zeigt ferner, daß jüngere Geschwister geistig behinderter Kinder aus sozial schwachen Familien bereits vor der Schulreifeuntersuchung in vorschulischen Einrichtungen gefördert werden sollten, damit sie nicht wie ihre älteren Geschwister von der Einschulung zurückgestellt und in die unzulängliche häuslich-soziale Umwelt ohne Entwicklungsanreize zurückgeschickt werden.

Die Schulreifeuntersuchung ist für die Feststellung der Sonderschulbedürftigkeit nicht ausreichend, sie dient nicht der Früherfassung, sondern sie führt bei Beginn des Schulalters eine Grobauslese in schulreife und nicht schulreife Kinder durch. Etwa 20 % der Schulanfänger sind danach nicht volksschulreif, sie werden von der Einschulung zurückgestellt. Ein Drittel dieser Kinder ist auch bei Wiederholung der Schulreife-tests nicht „schulreif“ und damit sonderschulbedürftig. Es wird vorgeschlagen, zum Zeitpunkt der Ein-

schulung nicht oder fraglich schulreife Kinder nicht zurückzustellen, sondern: „In Kleinklassen zusammenzufassen und dort schulisch zu fördern“, denn „ein mehrmals zurückgestelltes Kind hat wertvolle Zeit verloren“ (K. Josef).

Hierzu sagt Wegener (1971): „Dieses Verhalten eines Verschleppens aber, das wir in dem Fall einer organischen Störung mit Recht anprangern, wiederholt sich jährlich an tausenden von Schulkindern, die allerdings nicht organisch erkrankt sind, sondern eine Störung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit aufweisen ... Der Grund liegt in erster Linie in einer Unterschätzung der Rehabilitationseffekte einer rechtzeitigen, d. h. frühzeitigen Erfassung und zweitens in technisch-diagnostischen und schulorganisatorischen Schwierigkeiten“.

In den letzten fünfzehn Jahren sind wesentliche Verbesserungen in der Behindertenhilfe als Ergebnis umfangreicher sozialpolitischer Maßnahmen zu verzeichnen. Das Bundessozialhilfegesetz (1961) regelt die Erfassung, Betreuung und Förderung der Behinderten: Ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen, die zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung dienen. Kostenlose Beratung durch Gesundheitsamt, Sozialamt, weitere Hilfe für angemessene Schulbildung und zur beruflichen Ausbildung zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder einer angemessenen Tätigkeit sind darin enthalten. Trotz dieser gesetzlich verankerten umfassenden Unterstützung besteht noch immer eine Benachteiligung Behinderter gegenüber den übrigen Mitgliedern der Gesellschaft. Das schlechte Sozialprestige Behinderter beruht auf Vorurteilen der Erwachsenen, und diese ablehnende Haltung wird schon früh von gesunden Kindern übernommen.

1. Eine Grundforderung muß also der Abbau von Vorurteilen bei Erwachsenen und Kindern gegenüber Behinderten sein: Aufklärung zum Beispiel im Biologie-Unterricht über Ursache, Auswirkung und Hilfe für Behinderte, möglichst

weitgehende gemeinsame Erziehung gesunder und behinderter Kinder, damit Integration und Vermeidung des Sonderstatus behinderter Kinder erreicht wird.

2. Die Aufklärung und Beratung von Ehepaaren mit Kinderwunsch und Schwangerschaftsberatung sollte gezielt insbesondere dort erfolgen, wo klinische, biochemische und humangenetische Forschung ätiopathogenetische Zusammenhänge geklärt und damit Verhütungsmöglichkeiten aufgedeckt hat (Trisomie 21, Phenylketonurie). Neben der Verhütung von Erbkrankheiten ist das Problem sogenannter „asozialer, leistungsschwacher oder intelligenzärmer Großfamilien“ vordringlich: Zitat „Selbst was das besonders schwerwiegende Problem der erbschwachen Familien mit hoher Kinderzahl betrifft, so kann schon die bessere Ausnutzung der genetisch den Kindern vorgegebenen Möglichkeiten durch Schule und Erziehung die Situation für die heranwachsende Generation verbessern. Wenn dazu durch Aufklärung und kostenlose Empfängnisverhütung eine Verringerung der Kinderzahl erreicht würde, dann wäre auch dieses Problem weitgehend entschärft.“ (Wendt 1974).
3. Früherfassung, zuverlässige Frühdiagnose und Ausnutzung aller Möglichkeiten der Frühbehandlung (heil- und sonderpädagogische Maßnahmen sowie medikamentöse Therapie) ist dringlich. Hier ist die Klärung prä-, peri- und postnataler Ursachen des Schwachsinnns anzustreben, weiterhin regelmäßige Nachuntersuchung aller Risiko-Kinder und frühzeitige Erkennung und Behandlung von Mehrfachbehinderungen (Seh-, Hör-, Kieferschäden, Körperbehinderung). Heilpädagogische Maßnahmen stehen im Vordergrund bei Verhaltensstörungen, Sprachstörungen oder motorischen Störungen. Die sinnvolle Zusammenarbeit aller an den Rehabilitationsmaßnahmen beteiligten Spezialisten (Ärzte, Fachärzte, Sonderpädagogen, Logopäden, Psychologen, Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeuten, Sozialberater,

Vertreter von Verbänden und Einrichtungen) muß durch Koordinierung zur Aufstellung eines Behandlungs- und Förderungsplanes für das behinderte Kind führen (z. B. Entwicklung von diagnostisch-therapeutischen Zentren).

4. Durch angemessene, wahrheitsgemäße Aufklärung und praktisch kindheitslange Beratung der Eltern unter Vermeidung von negativen Langzeitprognosen über die Entwicklung des geistig behinderten Kindes ist die motivierte Mitarbeit an der Rehabilitation zu erreichen.
5. Der Ausbau der vor- und nachschulischen Sondereinrichtungen für behinderte Kinder und Jugendliche (Beschützende Werkstätten, Wohnheime für Behinderte) ist zu fördern.
6. Verbesserung der Unterstützung und Beratung der Familien behinderter Kinder, Hilfe bei finanziellen Belastungen, bei der Wohnraumbeschaffung und Beratung bei gesetzlichen Möglichkeiten des Pflegegeldes, Eingliederungsbeihilfen, Pflege in Heimen und Anstalten im Bedarfsfalle und steuerliche Erleichterung nach dem Grad der Erwerbsminderung wurde von den befragten Eltern als vordringlich angesehen.

Die Ergebnisse der Eigenuntersuchungen zeigen, daß diese notwendigen Förderungen der Behindertenhilfe für zahlreiche Probanden nicht erfüllt wurden.

Zusammenfassung

Die Situation geistig behinderter Kinder und ihrer Familien in Stadt- und Landkreis Kassel im Jahre 1974 und 1975 wird als Ergebnis der Eigenuntersuchung an 50 geistig behinderten Kindern dargestellt.

Geistige Behinderung ist ein Teilaspekt der Oligophrenie und beinhaltet schwere und bleibende Intelligenzdefekte. Eine kausale Therapie geistiger Behinderung ist nicht möglich, daher stehen Prophylaxe sowie Früherkennungs- und Frühförderungsmaßnahmen im Vordergrund.

In der Bundesrepublik Deutschland leben zur Zeit etwa 60.000 geistig behinderte Kinder. Für die Beurteilung der gegenwärtigen Situation geistig behinderter Kinder im Schulalter sind folgende Fragen von Interesse:

In welchem Alter wurde die geistige Behinderung festgestellt, handelt es sich um eine Einfach- oder Mehrfachbehinderung?

Wurden ausreichend diagnostische Maßnahmen durchgeführt?

Wie erfolgten Information und Beratung der Eltern?

In welchem Alter wurde das geistig behinderte Kind in die ihm angemessene Förderungseinrichtung aufgenommen?

Vorgeschichte und Leistungsfähigkeit 50 unausgewählter Schüler einer Schule für Praktisch Bildbare wurden mit Einverständnis und Unterstützung der Eltern und Lehrkräfte in die Studie aufgenommen. 26 Kinder kamen aus dem Landkreis Kassel, 24 wohnten im Stadtgebiet. Mit der Testbatterie für Geistigbehinderte wurde für 22 Mädchen und 28 Knaben ein Individualprofil erhoben und dem Gruppenprofil Geistigbehinderter zugeordnet. Der individuelle Leistungsstand konnte bei 48 Probanden ermittelt werden, 1 Knabe war nur am Ansatz, 1 Mädchen nicht testbar.

Intelligenz, Wortschatz, Merkfähigkeit und motorische Leistung wurden in 6 Einzeltests geprüft. Das Alter der Probanden lag

zwischen 6,11 und 15,10 Jahren. Das Durchschnittsalter der Mädchen lag bei 10,3 Jahren, das der Knaben bei 11,9 Jahren. Das durchschnittliche Testprofilerggebnis zeigte keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede. 41 Probanden erreichten erwartungsgemäß einen Leistungsbereich zwischen den Standardwerten 40 bis 60. Die Leistungen von 3 Probanden lagen unter dem Durchschnittsbereich, 4 Probanden übertrafen mit ihrem Testprofilerggebnis den für gleichaltrige Geistig-behinderte zu erwartenden Leistungsbereich. Die Prüfung des motorischen Entwicklungsstandes ergab, daß die Gesamtkörpermotorik der am stärksten beeinträchtigte Bereich im Individualprofil aller Probanden war. Erhebliche unkorrigierte Mängel der Motorik führten zu Unsicherheit und Unselbständigkeit und schränken zusätzlich Leistungsfähigkeit und Selbstwertgefühl geistig behinderter Kinder ein.

Die Verdachtsdiagnose "Geistige Behinderung" wurde für 14 Kinder bis zum Ende ihres 2. Lebensjahres, für 25 Kinder zwischen dem 2. und 7. Lebensjahr und für 11 Kinder zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr gestellt. Über Ein- oder Mehrfachbehinderung fanden sich keine Angaben. Aufgrund der Beobachtung der Kinder während der Tests, der Anamnese und dem Studium der Schulakte fand die Verfasserin bei 82 % der Probanden Mehrfachbehinderungen und zwar nach der Häufigkeit Sprachstörung, Hör- oder Sehstörung sowie Körperbehinderung. Diese zusätzlichen Behinderungen waren nur in wenigen Fällen korrigiert worden und beeinträchtigten die kindliche Leistungsfähigkeit teilweise erheblich.

Auffallend häufig sind im Rahmen der Eigenuntersuchung Milieuschäden in 24 % bei geistig behinderten Kindern. Das soziale Milieu der Probanden korreliert eng mit der Intensität und Effektivität elterlicher Bemühungen um Diagnostik und Therapie der geistigen Behinderung des Kindes. So wurde in 17 "milieuschwachen" Familien kein Interesse für die Behinderung des Sonderkindes gefunden, Diagnostik und außerschulische Förderung unterblieben.

Die Studie zeigt, daß nur bei 18 von 50 Probanden als ausreichend anzusehende diagnostische Maßnahmen zur Klärung der geistigen Behinderung durchgeführt wurden. Fehlende Koordinierung diagnostischer und therapeutischer Bemühungen, ungenügende Aufklärung und Beratung aber auch Interesselosigkeit der Eltern sind Ursachen für fehlende Frühdiagnostik und Frühförderung. In diesem Zusammenhang kritisierten die Eltern Mängel in der Betreuung geistig behinderter Kinder: Mangelnde ärztliche und institutionelle Zusammenarbeit, das Fehlen vor- und nachschulischer Förderungseinrichtungen, unzureichende Erkennung und Behandlung von Mehrfachbehinderungen sowie ungenügende finanzielle Unterstützung und mangelhafte Wohnraumverhältnisse.

Für möglichst weitgehende soziale Integration geistig behinderter Kinder ist vorschulische und schulische Förderung wesentlich: Vorschulische Fördereinrichtungen wurden von den Probanden nicht besucht. Die Einschulung in eine Schule für praktisch Bildbare erfolgte durchschnittlich erst im Alter von 8,4 Jahren (vom 7. bis 11. Lebensjahr). Der verspäteten Aufnahme in die dem intellektuellen Defizit angemessene Förderungseinrichtung gingen ein- oder mehrfache Zurückstellung von der Einschulung, bzw. mehrmalige Umschulung aus der Grund- über die Sonderschule für Lernbehinderte voraus.

Die Studie zeigt insgesamt in den letzten Jahren ein Sinken des Einschulungsalters, d. h., es besteht die Tendenz, geistig behinderte Kinder nicht mehr wegen "mangelnder Schulreife" von der Einschulung zurückzustellen, sondern frühzeitig und direkt in eine Schule für Geistigbehinderte aufzunehmen. Dabei fanden sich keine Unterschiede für Probanden aus dem Land- und Stadtgebiet, was u. a. auf eine optimale Lösung des Beförderungsproblems zwischen Elternhaus und Schule zurückzuführen ist.

In den letzten 15 Jahren sind zwar Verbesserungen in der Behindertenhilfe zu verzeichnen. Unzureichend sind weiterhin wie die Studie zeigt Früherfassung, Früherkennung und Frühförderung geistig behinderter Kinder. Diese Aufgaben sind nur durch koordinierte Zusammenarbeit von Eltern, Ärzten, Sonderpädagogen, Psychologen, Sozialberatern sowie den zuständigen Verbänden und Einrichtungen zu bewältigen.

Literaturübersicht

1. ALTDORFF, V., FRÖHLICH, R.: Die prognostische Bedeutung der WHO-Diagnosen-Klassifikation bei geistig schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen. Zschr. ärztl. Fortbild. 67, 290-293 (1974)
2. AMELANG, M., ZIMMERMANN, K.W.: Die Faktorenstruktur des HAWIK bei schwachbegabten Kindern. Heilp. Forschung 1, 381-389 (1968)
3. ANGELI, E., KIRMANN, B.: Psychiatric Aspects of Unclassified Mental Retardation, In: CAVANAGH, J.B.: The Brain in Unclassified Mental Retardation. London: Churchill Livingstone 1972
4. ASPERGER, H.: Heilpädagogik, Wien 1968
5. BAIRD, D., ILLSLEY, R.: Proc. Roy. Soc. Med. 46, 53-59 (1953)
6. BERNART, E.: Schulbildung für Geistigbehinderte, Berlin 1970
7. BIRCH, H.G. & BELMONT, L.: The problem of comparing home-rearing versus foster-home-rearing in defective children. Pediatrics 28, 956-961 (1961)
8. BLACK, D.B. et al.: A study of improvement in mentally retarded children. Amer. J. ment. Defic. 70, 499-508 (1966)
9. BONDY, C., COHEN, M., EGGERT, D., LÜER, G.: Testbatterie für geistig Behinderte, Weinheim 1969
10. BRACKEN, H., v.: Pädag. Rundschr. 10, 711-723 (1967)
11. BUCHKA, M.: Mental retardation - multiple handicap Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 22, 171-4 (Juli 1973)
12. BUTTERFIELD, E.G. & ZIGELER, E.: The influence of differing institutional social climates on the effectiveness of social reinforcement in the mentally retarded. Amer. J. ment. Defic. 70, 48-56 (1965)
13. BYCK, M.: Cognitive differences among diagnostic groups of retardates. Amer. J. ment. Defic. 73, 97-101 (1968)
14. CONDELL, J. F.: Parental attitudes toward mental retardations. Amer. J. ment. Defic. 71, 85-92 (1966)
15. ELKIND, R.: Infant Intelligence. A M A journal of diseases of children. Chicago, Ill. 126 (1973)
16. EGGERT, D.: Die Wiederholungszuverlässigkeit und Faktorenstruktur des HAWIK bei Lernbehinderten. In: ZIMMERMANN, K.: Neue Ergebnisse der Heil- und Sonderschulpädagogik. Bonn 1, 75-93 (1969)

17. EGGERT, D., KIPHART, E.: Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder. Schorndorf: Hoffmann 1972
18. ERMERT, J.A.: Mschr. Kinderheilk. 122, 627-628 (1974)
19. ESKA, B.: Art und Ausmaß von Sprachverzögerungen bei sozialbehinderten Kindern. Mschr. Kinderheilk. 122, 635-636 (1974)
20. FISCHER, J.: Geistig behinderte Kinder und Jugendliche, In: SCHMIDLE/JUNGE, Wachsen-Reifen-Lernen, Freiburg 1969
21. FOTHERINGHAM, J.B. et al: The effects on the family of the presence of a mentally retarded children. Canadian Psychiatr. Association J. Ottawa 17, 283-290 (1972)
22. FRASER, W.I.: The medical care of mentally handicapped children. Health bulletin. Edinburgh 31, 18-25 (1973)
23. GROB-SELBECK, G., GUTEZEIT, G., DIETZE, U.: Untersuchungen zur Valenz der Lincoln-Oseretzky-Skala und des Frostig-Tests zur Aufdeckung psychomotorischer Störungen. Mschr. Kinderheilk. 122, 633-634 (1974)
24. HANEFELD, F., KÖNIG, E.: Ursachen geistiger Retardierung im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. 122, 679-680 (1974)
25. HARBAUER, H.: Ursachen angeborener Behinderungen In: Behinderte Kinder. Bundeszentrale gesundheitliche Aufklärung S. 13-15, Köln 1971
26. HARBAUER, H.: Vorbeugung, Früherfassung und Behandlungsvorschläge beim kindlichen Schwachsinn. Lebenshilfe Informationsschrift 22, 1 (1969)
27. HARBAUER, H.: Der Geistig Behinderte im Lebensbereich der Familie. In: Der behinderte Mensch in unserer Zeit, 1968
28. HARBAUER, H. et al.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin 1971
29. HELLBRÜGGE, Th.: Behinderte Kinder. Bundeszentrale gesundheitliche Aufklärung, Köln 1971
30. HUNNEKENS, H.: S sensorische Frühdiagnostik und Therapie bei mehrfachbehinderten Kindern. Mschr. Kinderheilk. 122, 631-632 (1974)
31. HÜTER, K.A.: Gegenwärtige Situation der Schwangerenvorsorge und Vorschläge zu ihrer Verbesserung. Fortschritte der perinatalen Medizin, Stuttgart 1971
32. JOSEF, K.: Früherfassung und Früherziehung geistig- und lernbehinderter Kinder. In: Behinderte Kinder Bundeszentrale gesundheitliche Aufklärung S. 71-73, Köln 1971

33. KENNEY, E. T.: Mother-retarded child relationships.
Amer. J. ment. Defic. 71, 631-636 (1967)
34. KIRMAN, B.: Mental handicap. Practitioner 210, 8-14
London (1973)
35. KÖTTGEN, E.: Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind.
Aufgabe und Entwicklung. Monatsschr. Kinderheilk. 112,
205 (1964)
36. KUNTZE, W., et al.: Der Anspruch des behinderten Kindes
auf frühe Förderung und seine bisherige Realisierung -
Ergebnis einer Elternbefragung. Mschr. Kinderheilk. 122,
551-553 (1974)
37. MANNONI, M.: Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter.
Eine psychoanalytische Studie.
Walter-Verlag Olten und Freiburg im Breisgau, 1971
38. MILLER, L.G.: Toward a greater understanding of the
parents of the mentally retarded child. J. Pediat. 73,
699-705 (1968)
39. NEISE, K.: Über das Problem der Genauigkeit von Test-
diagnosen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 22,
171-174 (1973)
40. NEWMAN, H.G. et al.: Correlates of social competence among
trainable mentally retarded children. Amer. J. of Ment.
Defic. Albany, N.Y. 77, 722-32 (1973)
41. NISSEN, G.: The handicapped child and society.
Nervenarzt 45, 259-62, Berlin 1974
42. OLSHANSKY, S.: Chronic sorrow, a response to having a
mentally defective child. Social casework 43, 190 (1962)
43. PECHSTEIN, J.: Hilfe für das sozial behinderte Kind.
In: Behinderte Kinder. Bundeszentrale gesundheitliche
Aufklärung, Köln 1971
44. PECHSTEIN, J.: Über ein System notwendiger interdiszi-
plinärer Kooperation bei der fortlaufenden Betreuung
behinderter Kinder. Vortrag VII Symp. Int. Union Schul-
Univ. Hyg. Dresden 6.6.1973
45. PENROSE, L.: The biologie of mental defect.
Sidgwich and Jackson Ltd., London 1963
PENROSE, L.: Einführung in die Humangenetik. 2. Auflage
Heidelberger Taschenbuch Bd. 4, Berlin 1973
46. RAUTENSTRAUCH, T., WITTRICK, J.: Unerkannte minimale
cerebrale Dysfunktion bei erziehungsschwierigen Kindern.
Mschr. Kinderheilk. 122, 629-630 (1974)

47. RITTER, H., ENGEL, W.: Genetik und Begabung. Aus: Begabung und Lernen. Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission S. 99-128, Stuttgart 1970
48. RONKE, P.G. et al.: Psychological Characteristics Of Problem Children At The Borderline Of Mental Retardation. Journ. of Consulting Clin. Psychol. Washington, D.C. 40, 59-68 (1973)
49. SCHLANGE, H. et al.: Frühkindliche Hirnschädigung und soziale Klasse. Mschr. Kinderheilk. 123, 72-76 (1975)
50. SCHONFIELD, J., SCHMIDT, W., STERNFELD, L.: J. Pediat. 61, 430-437 (1962)
51. SHANHOLTZ: The multihandicapped child. Virginia med. monthly, Richmond, 100, 261-263 (1973)
52. SONDESSORGE, R.: Geistig behindert - mehrfach behindert. Vjschr. Lebenshilfe 140-144 (1967)
53. SPREEN, O.: Language function in mental retardation. 1. Language development, types of Retardation and intelligence level. Amer. J. ment. Defic. 69, 482-494 (1965)
54. STOPP, E., DANNENBERG, W.: Zit. bei H. v. Bracken, Pädag. Rundsch. 10, 711-723 (1967)
55. TIZARD, J.: Residential care of mentally handicapped children. Brit. Med. J. 1, 1041 (1960)
56. VETTER, Th.: Wesen und Form der geistigen Behinderung. In: Behinderte Menschen, Villingen 1966
57. WEIKERT, A.: Die Betreuung des sprachbehinderten Kindes. In: Behinderte Kinder. Bundeszentrale gesundheitliche Aufklärung S. 58-60, Köln 1971
58. WENDT, G.G.: Vererbung und Erbkrankheiten, Frankfurt 1974
WENDT, G.G.: Genetische Beratung als Aufgabe der prophylaktischen Medizin. Med. Monatsspiegel Merck 1973, 104 (1973)
59. WINDLE, L.: Prognosis of mental subnormals. Amer. J. ment. Defic. Monogr. Suppl. 66 (1962)
60. WINDSZUS, B.: Situation von Familien mit behinderten Kindern und Jugendlichen: Abschlußbericht der Untersuchung, durchgeführt im Forschungsinstitut für Sozialpolitik der Universität zu Köln unter Leitung von Prof. Dr. O. Blume. Düsseldorf 1972
61. WUNDERLICH, C.: Die Psychodiagnostik des organisch hirngeschädigten Kindes. Stuttgart 1963, Beih. 48 Arch. Kinderheilk.
62. WUNDERLICH, C.: Unterschiedliche Sozialprognose des geistig behinderten Kindes bei gleichem Krankheitsbild aber differenten weiteren Faktoren, dargestellt beim Mongolismus. Med. Welt (Stuttgart) 38, 2088-2096 (1969)
63. ZÜBLIN, W.: Das schwierige Kind. Stuttgart 1969

Lebenslauf

- 1938 am 23. Oktober in Berlin geboren
- 1956 Abitur an der Oberschule Blankenfelde bei Berlin
Beginn des Medizinstudiums an der Humboldt-Universität
Berlin
- 1959 Physikum an der Humboldt-Universität Berlin
- 1959 Verlassen der DDR
2 Semester Medizinstudium in Tübingen
- 1960 4 Semester Medizinstudium an der Freien Universität Berlin
- 1962 Medizinisches Staatsexamen an der Freien Universität Berlin
- 1964 Approbation nach zweijähriger Medizinalassistentenzeit in
Berlin. Beginn der Facharztweiterbildung für Pädiatrie
- 1966 Eheschließung mit Dr. Udo von Pawel-Rammingen
- 1969 Umzug von Berlin nach Kassel
- 1970 Fachärztin für Kinderheilkunde
- 1971 Oberärztin an der Kinderklinik des Stadtkrankenhauses
Kassel

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren
Bock, Dick, Heni, Herken, Herxheimer, Kiosche,
Rappoport, Waldeyer;
Bücherl', Heim, v. Herrath, Maesshoff.

